**НЕВРОЛОГИЯ**

**РАЗДЕЛ I.**

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. СЕМИОТИКА И ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:

1. верхней прямой;

2. наружной прямой;

3. нижней прямой;

4.нижней косой.

2. Мидриаз возникает при поражении:

1. верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва;
2. нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва;
3. мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва;
4. среднего непарного ядра;
5. ядра медиального продольного пучка.

3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне дерматома Т10, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента:

1. Т6 или Т7;
2. Т8 или Т9;
3. Т9 или Т10;
4. Т10 или Т11.

4. При центральном параличе не наблюдается:

1. гипотрофии мышц;
2. повышения сухожильных рефлексов;
3. нарушения функции тазовых органов;
4. нарушения электровозбудимости нервов и мышц.

5. Хореический гиперкинез возникает при поражении:

1. палеостриатума;
2. неостриатума;
3. медиального бледного шара;
4. латерального бледного шара.

6. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии:

1. латерально;
2. медиально;
3. вентрально;
4. дорсально.

7. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии:

1. латерально;
2. медиально;
3. вентрально;
4. дорсально.

8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля):

1. в продолговатом мозге;
2. в мосту мозга;
3. в ножках мозга;
4. в зрительном бугре.

9. Основным медиатором тормозного действия является:

1. ацетилхолин;
2. ГАМК;
3. норадреналин;
4. адреналин.

10. Основной афферентный путь от стриопаллидарной системы следует:

1. к передним рогам спинного мозга;
2. к ретикулярной формации ствола;
3. к таламусу;
4. к моторной коре.

11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрывании глаз значительно усиливается, если имеет место атаксия:

1. мозжечковая;
2. сенситивная;
3. вестибулярная;
4. любая.

12. Регуляция мышечного тонуса мозжечком при изменении положения тела в пространстве осуществляется через:

1. красное ядро;

2.вестибулярные ядра;

3. ретикулярную формацию ствола;

4. все вышеперечисленное.

13. Биназальная гемианопсия наступает при поражении:

1. центральных отделов перекреста зрительных нервов;

1. наружных отделов перекреста зрительных нервов;
2. зрительной лучистости;
3. зрительных трактов.

14.К концентрическому сужению полей зрения приводит поражение:

1. зрительного тракта;
2. зрительного перекреста;
3. наружного коленчатого тела;
4. зрительной лучистости.

15. При поражении зрительного тракта возникает гемианопсия:

1. биназальная;
2. гомонимная;
3. битемпоральная;
4. нижнеквадрантная со всеми перечисленными симптомами.

16. Гомонимная гемианопсия не наблюдается при поражении:

1. зрительного тракта;
2. зрительного перекреста;
3. зрительной лучистости;

4. внутренней капсулы.

17. Через верхние ножки мозжечка проходит путь:

1. задний спинно-мозжечковый;
2. передний спинно-мозжечковый;
3. лобно-мосто-мозжечковый;
4. затылочно-височно-мосто-мозжечковый.

18. Обонятельные галлюцинации наблюдаются при поражении:

1. обонятельного бугорка;
2. обонятельной луковицы;
3. височной доли;
4. теменной доли.

19. Битемпоральная гемианопсия наблюдается при поражении:

1. центральных отделов перекреста зрительных нервов;
2. наружных отделов перекреста зрительных нервов;
3. зрительных трактов отделов перекреста зрительных нервов;
4. зрительной лучистости с двух сторон.

20. Истинное недержание мочи возникает при поражении:

1. парацентральных долек передней центральной извилины;
2. шейного отдела спинного мозга;
3. поясничного утолщения спинного мозга;
4. конского хвоста спинного мозга.

21. При парезе взора вверх и нарушении конвергенции очаг локализуется:

1. в верхних отделах моста мозга;
2. в нижних отделах моста мозга;
3. в дорсальном отделе покрышки среднего мозга;
4. в ножках мозга.

22. Половинное поражение поперечника спинного мозга (синдрома Броун-Секара) характеризуется центральным параличом на стороне очага в сочетании:

1. с нарушением всех видов чувствительности на противоположной стороне;

2. с нарушением болевой и температурной чувствительности на стороне очага;

3. с нарушением глубокой чувствительности на стороне очага болевой и температурной чувствительности – на противоположной стороне;

4. с нарушением всех видов чувствительности на стороне очага.

23. При поражении червя мозжечка наблюдается атаксия:

1. динамическая;
2. вестибулярная;
3. статическая;
4. сенситивная.

24. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезия в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется:

1. в левом мосто-мозжечковом углу;
2. в правом полушарии мозжечка;
3. в мосту мозга слева;
4. в области верхушки пирамиды левой височной кости.

25. Миелин в центральной нервной системе вырабатывают:

1. астроциты;

2. олигодендроциты;

3. микроглиоциты;

4. эпендимоциты.

26. Сочетание боли и герпетических высыпаний в наружном слуховом проходе и на ушной раковине, нарушение слуховой и вестибулярной функции является признаком поражения узла:

1. вестибулярного;

2. крылонёбного;

3. коленчатого;

4. гассерова.

27. Миелинизация волокон пирамидной системы начинается:

1. на 3-м месяце внутриутробного развития;

2. в конце 1 –го года жизни;

3. в начале 2-го года жизни;

4. на последнем месяце внутри утробного развития.

28. Шейное сплетение образуется передними ветвями спинномозговых нервов и шейных сегментов:

1. С1-С4;

2. С2-C5;

3. C3-С6;

4. С4-С7;

5. C5-C8.

29. Плечевое сплетение форми­руют передние ветви спинно­мозговых нервов:

1. C5-C8;

2. С5-С8, Т1-Т2;

3. С6-С8;

4. C8-T2.

30. Нервные импульсы генери­руются:

1. клеточным ядром;

2. наружной мембраной;

3. аксоном;

4. нейрофиламентами.

31. Алексия наблюдается при поражении:

1. верхней лобной извилины;

2. парагиппокампальной извилины;

3. таламуса;

4. угловой извилины.

32. На срезе каудального отдела продолговатого мозга не раз­личают ядра:

1. нежное и клиновидное;

2. спинномозгового пути трой­ничного нерва;

3. подъязычных нервов;

4. лицевого, отводящего нервов.

33. В состав среднего мозга не входят:

1. красные ядра;

2. ядра блокового нерва;

3. ядра глазодвигательного нерва;

1. ядра отводящего нерва.

34. Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения:

1. бледного шара;
2. хвостатого ядра;

красного ядра;

1. таламуса.

35. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:

1. вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу;
2. спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами;
3. нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи;
4. спастическим парапарезом ног без расстройства чувствительности и нарушением функции тазовых органов.

36. Истинный астереогноз обусловлен поражением:

1. лобной доли;

2. височной доли;

3. теменной доли;

4. затылочной доли.

37. Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении:

1. наружных отделов зрительного перекреста;

2. язычной извилины;

3. глубинных отделов теменной доли;

4. первичных зрительных цент­ров в таламусе.

38. Дендриты, воспринимающие холодовые раздражения, содержат рецепторы в виде:

1. неинкапсулированных чувствительных окончаний Руффини;
2. инкапсулированных чувствительных окончаний Краузе;
3. телец Меркеля;
4. телец Фатера-Пачини.

39. Замыкание дуги рефлекса с сухожилия двуглавой мышцы плеча происходит на уровне следующих сегментов спинного мозга:

1. С3-С4;
2. С5-С6;
3. С7-С8;
4. С8-Т1;
5. Т1-Т2.

40. Непарное заднее ядро глазодвигательного нерва (ядро Перлиа) обеспечивает реакцию зрачка:

1. на свет;

2. на болевое раздражение;

3. на конвергенцию;

4. на аккомодацию.

41. Больной со зрительной агнозией:

1. плохо видит окружающие предметы, но узнает их;

2. видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной;

3. не видит предметы по периферии полей зрения;

4. видит предметы, но не узнает их.

42. Больной с моторной афазией:

1. понимает обращенную речь, но не может говорить;

2. не понимает обращенную речь и не может говорить;

3. может говорить, но не понимает обращенную речь;

4. может говорить, но речь скандированная.

43. Больной с сенсорной афазией:

1. не может говорить и не понимает обращенную речь;

2. понимает обращенную речь, но не может говорить;

3. может говорить, но забывает названия предметов;

4. не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь;

5. не понимает обращенную речь и не контролирует собственную.

44. Акустико-мнестическая афазия наблюдается при поражении:

1. лобной доли;

2. теменной доли;

3. стыка лобной и теменной долей;

4. стыка височной и теменной долей.

45. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого неба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:

1. ножек мозга;
2. моста мозга;
3. продолговатого мозга;
4. покрышки среднего мозга.

46. Сочетание пареза левой половины мягкого неба, отклонения язычка вправо, повышения сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правых конечностях свидетельствует о поражении:

1. продолговатого мозга на уровне двигательного ядра IXи Xнервов слева;
2. продолговатого мозга на уровне XIIнерва слева;
3. колена внутренней капсулы слева;
4. заднего бедра внутренней капсулы слева.

47. При альтернирующем синдроме Мийяра-Гублера очаг находится:

1. в основании ножки мозга;
2. в заднебоковом отделе продолговатого мозга;
3. в области красного ядра;
4. в основании нижней части моста мозга.

48. При сочетании двустороннего синдрома Горнера с расстройством болевой и температурной чувствительности на руках с наибольшей вероятностью можно предположить наличие у больного:

1. спинальной формы рассеянного склероза;
2. цервикальной сирингомиелии;
3. экстрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне;
4. интрамедуллярной опухоли на шейно-грудном уровне;
5. верно 1 и 3;
6. верно 2 и 4.

49. Для поражения вентральной половины поясничного утолщения не характерно наличие:

1. нижнего вялого парапареза;
2. диссоциированной паранестезии;
3. нарушения функции тазовых органов по центральному типу;
4. сенситивной атаксии нижних конечностей.

50. Ветвью шейного сплетения является:

1. малый затылочный нерв;
2. подкрыльцовый нерв;
3. лучевой нерв;
4. срединный нерв.

51. Ветвью плечевого сплетения является:

1. диафрагмальный нерв;
2. подкрыльцовый нерв;
3. надключичный нерв;
4. большой ушной нерв.

52. В состав поясничного спле­тения входит:

1. бедренный нерв;

2. бедренно-половой нерв;

3. седалищный нерв;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

53. Малый затылочный нерв образуют волокна спинномозговых нервов:

1. С3-С4;
2. С1-С3;
3. С2-С4;
4. С1-С4.

54. Бедренный нерв образуют корешки:

1. L3;
2. L2-L4;
3. L1-L2;
4. L1-L4.

55. Крестцовое сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов:

1. S1-S3;
2. S1-S5;
3. L4-S4;
4. L3-S5.

56. Седалищный нерв составляют волокна корешков:

1. S1– S2;

2. L5–S3;

3. S2–S3;

4. L5–S5.

57. Малоберцовый нерв составляют волокна корешков:

1. L1–L2;

2. L2 - L3;

3. L1–S2;

4. L4–S1.

58. Надключичный нерв образуют волокна спинномозговых нервов:

1. С3-С4;
2. С2-С4;
3. С4-С6;
4. С2-С6.

59. Большой ушной нерв образуют волокна спинномозговых нервов:

1. С1-С2;
2. С1-С4;
3. С3;
4. С5.

60. Диафрагмальный нерв образуют волокна спинномозговых нервов:

1. C1-C2;

2. C2-C3;

3. С3-С5;

4. С1-С5.

61.При поражении диафрагмального нерва отмечается:

1. затруднение дыхания;

2. затруднение глотания;

3. икота;

4. рвота;

5. верно 1 и 3;

6. верно 1 и 2.

62. Подкрыльцовый нерв иннервирует:

1. двуглавую мышцу плеча;

2. разгибатели предплечья;

3. дельтовидную мышцу;

4. все перечисленное.

63. При поражении кожно-мышечного нерва отмечается:

1. снижение карпорадиального рефлекса;
2. ослабление сгибания предплечья;
3. снижение сгибательно-локтевого рефлекса;
4. верно 1 и 2;
5. верно 2 и 3.

64. Поясничное сплетение формируют передние ветви спинномозговых нервов:

1. T12-L4;
2. L1-L5;
3. T11-L5;
4. L1-L4.

65. В большеберцовый нерв входят волокна корешков:

1. L1-L2;
2. L3-L4;
3. L4-S3;
4. L1-L4.

66. Компрессионное поражение запирательного нерва сопровождается:

1. болями по наружной поверхности бедра, слабостью отводящих мышц бедра;

2. болями по передней поверхности бедра, слабостью отво­дящих мышц бедра;

3. болями по задней поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра;

4. болями по медиальной поверхности бедра с иррадиацией в тазобедренный сустав, слабостью приводящих мышц бедра.

67. При параличе Дюшенна-Эрба страдает функция мышц:

1. дельтовидной и трехглавой плеча;

2. двуглавой и внутренней плеча;

3. сгибателей кисти;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

68. Каузалгический болевой синдром наиболее часто встречается при повреждении нерва:

1. срединного;

2. локтевого;

3. большеберцового;

4. малоберцового;

5. правильно 1 и 2;

6. правильно 1 и 3.

69. Для паралича Дежерин-Клюмпке характерно нарушение чувствительности:

1. на наружной поверхности плеча;
2. на внутренней поверхности плеча;
3. на наружной поверхности предплечья;
4. на внутренней поверхности предплечья;
5. верно 1 и 3;
6. верно 2 и 4.

70. Для поражения лучевого нерва в верхней трети плеча не характерна слабость:

1. разгибателей предплечья;
2. разгибателей кисти;
3. мышцы, отводящей 1 палец;
4. дельтовидной мышцы.

71. Для поражения лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерно наличие:

1. паралича разгибателей предплечья;
2. выпадения рефлекса с трехглавой мышцы;
3. паралича разгибателей кисти;
4. верно 1 и 2;
5. верно 1 и 3.

72. Для поражения локтевого нерва на уровне запястья не характерно:

1. слабость разгибания и приведения Vпальца;
2. нарушение приведения Iпальца;
3. наличие гипестезии на тыльной поверхности Vпальца;
4. наличие парестезии по внутренней поверхности кисти.

73. При поражении срединного нерва возникает:

1. нарушение сгибания I, IIи отчасти IIIпальцев кисти;
2. нарушение пронации кисти;
3. слабость разгибателей средних фаланг IIи IIIпальцев кисти;
4. верно 1 и 2;
5. верно все перечисленное.

74. Для поражения бедренного нерва выше пупартовой связки характерно наличие:

1. гипестезии на передней поверхности бедра;
2. паралича сгибателей бедра;
3. паралича разгибателей голени;
4. всего перечисленного;
5. верно 1 и 2.

75. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:

1. кортикоспинальных;
2. кортиконуклеарных;
3. лобно-мосто-мозжечковых;
4. руброспинальных.

76. Для тегментального синдрома характерно наличие:

1. атаксии на стороне очага;
2. тремора, миоклонии на стороне очага;
3. гемигипестезии на противоположной стороне;
4. верно 1 и 2;
5. всего перечисленного.

77. Хватательный рефлекс (Янишевского) отмечается при поражении:

1. теменной доли;
2. височной доли;
3. лобной доли;
4. затылочной доли.

78. Слуховая агнозия наступает при поражении:

1. теменной доли;
2. лобной доли;
3. затылочной доли;
4. височной доли.

79. Децеребрационная ригидность возникает при поражении ствола мозга на уровне:

1. верхних отделов продолговатого мозга;

2. нижних отделов продолговатого мозга;

3. красных ядер;

4. моста мозга.

80. Для нижнего синдрома красного ядра (синдром Клодта) характерно наличие:

1. паралича глазодвигательного нерва на стороне очага;
2. гемиатаксии на противоположной очагу стороне;
3. гемипареза, гемигипестезии на противоположной стороне;
4. верно 1 и 2;
5. верно все перечисленное.

81. Для альтернирующего синдрома Раймона-Сестана характерно наличие:

1. пареза взора;
2. паралича глазодвигательного нерва;
3. паралича отводящего нерва;
4. спазма мимических мышц.

82. Альтернирующий синдром Фовилля характеризуется одновременным вовлечением в патологический процесс нервов:

1. лицевого и отводящего;
2. лицевого и глазодвигательного;
3. языкоглоточного и блуждающего;
4. подъязычного и добавочного.

83. Для синдрома яремного отверстия характерно поражение нервов:

1. языкоглоточного, блуждающего, добавочного;
2. блуждающего, добавочного, подъязычного;
3. добавочного, языкоглоточного, подъязычного;
4. блуждающего, лицевого, тройничного.

84. При инфаркте дорсолатерального отдела продолговатого мозга (альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко) не наблюдается:

1. паралич мягкого неба, голосовой связки на стороне очага;
2. атаксия на стороне очага;
3. сегментарные расстройства чувствительности на лице на стороне очага;

4. нарушение болевой и температурной чувствительности на противоположной очагу стороне;

1. гемипарез на противоположной очагу стороне.

85. Парез горизонтального взора может быть связан с поражением доли:

1. лобной;
2. височной;

теменной;

1. затылочной.

86. Периферический парез неба, язычка, голосовой связки с одной стороны и спастический гемипарез с гемианестезией с другой стороны называют синдромом:

1. Джексона;
2. Шмидта;
3. Гасперини;
4. Авеллиса.

87. Конструктивная апраксия возникает при поражении:

1. лобной доли доминантного полушария;
2. лобной доли недоминантного полушария;
3. теменной доли доминантного полушария;
4. теменной доли недоминантного полушария.

88. Расстройство схемы тела отмечается при поражении:

1. височной доли доминантного полушария;
2. височной доли недоминантного полушария;
3. теменной доли доминантного полушария;
4. теменной доли недоминантного полушария.

89. Сенсорная афазия Вернике возникает при поражении:

1. верхней височной извилины;
2. средней височной извилины;
3. верхнетеменной дольки;
4. нижней теменной дольки.

90. Расстройства памяти по типу Корсаковскогоамнестического синдрома возникают при поражении:

1. медиобазальных отделов височной доли;
2. верхних отделов теменной доли;
3. нижних отделов лобной доли;
4. верхних отделов затылочной доли.

91. Моторная апраксия в левой руке развивается:

1. при поражении колена мозолистого тела;
2. при поражении ствола мозолистого тела;
3. при поражении утолщения мозолистого тела;
4. при всем перечисленном.

92. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:

1. С5-T10;
2. T1-T12;
3. C8-L3;
4. T6-L4.

93. Каудальный отдел сегментарного аппарата парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов спинного мозга на уровне сегментов:

1. L4-L5-S1;
2. L5-S1-S2;
3. S1-S3;
4. S2-S4;
5. S3-S5.

94.Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов:

1. С6-С7;
2. С7-С8;
3. C8-T1;
4. T1-T3;
5. T3-T4.

95. Усиленный стартл-рефлекс наблюдается при поражении:

1. четверохолмия;

2. продолговатого мозга;

3. гипоталамуса;

4. спинного мозга.

96. Интегральная деятельность обоих полушарий головного мозга обеспечивается:

1. проекционными волокнами;

2. ассоциативными волокнами;

3. комиссуральными волокнами;

4. ассоциативными полями корковых отделов анализаторов.

97. Ассоциативные волокна связывают:

1. симметричные части обоих полушарий;
2. несимметричные части обоих полушарий;
3. кору со зрительным бугром и нижележащими отделами (центробежные и центростремительные пути);
4. различные участки коры одного и того же полушария.

98. Астереогноз возникает при поражении:

1. язычной извилины теменной доли;
2. верхней височной извилины;
3. нижней лобной извилины;
4. верхней теменной дольки.

99. Центральный парез левой руки возникает при локализации очага:

1. в верхних отделах передней центральной извилины слева;
2. в нижних отделах передней центральной извилины слева;
3. в заднем бедре внутренней капсулы;
4. в колене внутренней капсулы;
5. в среднем отделе передней центральной извилины справа.

100. Судорожный припадок начинается с пальцев левой ноги в случае расположения очага:

1. в переднем адверсивном поле справа;
2. в верхнем отделе задней центральной извилины справа;
3. в нижнем отделе передней центральной извилины справа;
4. в верхнем отделе передней центральной извилины справа;
5. в нижнем отделе задней центральной извилины справа.

**Раздел II.**

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В НЕВРОЛОГИИ

1.Противопоказанием к проведению магнитно-резонансной томографии является:

1. беременность;

2. повышенная чувствительность к природным магнитным полям;

3. установленный кардиостимулятор;

4. металлические зубные импланты.

2. Характерным для больных невралгией тройничного нерва являются жалобы:

1. на постоянные ноющие боли, захватывающие половину лица;

2. на короткие пароксизмы интенсивной боли, провоцирующиеся легким прикосновением к лицу;

3. на приступы нарастающей по интенсивности боли в области глаза, челюсти, зубов, сопровождающиеся усиленным слезо- и слюнотечением;

4. на длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся нарушением остроты зрения.

3. Компьютерная томография более информативна, чем магнитно-резонансная томография, при следующей патологии:

1. рассеянном склерозе;

2. гидроцефалии;

3. гепатолентикулярной дегенерации;

4. внутримозговой кальцификации.

4. Содержание белка в цереброспинальной жидкости в норме колеблется в пределах:

1. 0,15-0,45 мг/л;

2. 0,15-0,45 мг/мл;

3. 0,15-0,45 моль/л;

4. 0,15-0,45 г/л.

5.Для неосложненного застой­ного диска зрительного нерва характерно:

1. гиперемия, стертость границ диска;

2. ранее снижение зрительной функции;

3. сужение границ поля зрения;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

6.Цереброспинальная жидкость становится мутной, если цитоз превышает:

1. 10/мл;

2. 100/мл;

3. 300/мл;

4. 1000/мл.

7. При демиелинизирующих полиневропатиях, в отличие от аксональных полиневропатий, при ЭНМГ наблюдаются:

1. положительные острые волны при игольчатой ЭМГ;

2. увеличение амплитуды и длительности потенциалов двигательных единиц;

3. снижение скорости проведения по моторным нервным волокнам при стимуляционной ЭНМГ;

4. снижение амплитуды М-ответа.

8. Что чаще всего происходит с уровнем глюкозы при гнойном менингите:

1. снижается;

2. повышается;

3. остается в пределах нормы;

4. снижается, затем повышается.

9. Односторонний пульсирующий экзофтальм является признаком:

1. ретробульбарной опухоли орбиты;

2. тромбоза глазничной артерии;

3. супраселлярной опухоли гипофиза;

4. арахноидэндотелиомы крыла основной кости.

10. Антинуклеарные антитела являются лабораторным маркером:

1. тиреотоксикоза;

2. системной красной волчанки;

3. системной склеродермии;

4. болезни Гентингтона.

11. Для выявления оптикомнестической афазии следует:

1. проверить устный счет;

2. предложить назвать больному окружающие предметы;

3. предложить больному прочитать текст;

4. убедиться в понимании больным обращенной речи.

12. Для выявления конструктивной апраксии следует предложить больному:

1. поднять руку;

2. коснуться правой рукой левого уха;

3. сложить заданную фигуру из спичек;

4. имитировать разные движения.

13. Для выявления асинергии с помощью пробы Бабинского следует предложить больному:

1. коснуться пальцем кончика носа;

2. осуществить быструю пронацию-супинацию вытянутых рук;

3. сесть из положения лежа на спине со скрещенными на груди руками;

4. стоя, отклониться назад.

14. Двусторонний экзофтальм является признаком:

1. гиперпродукции тиреотропного гормона;

2. опухоли перекреста зрительных нервов;

3. роста краниофарингиом вперед и вверх (в сторону передних клиновидных отростков турецкого седла);

4. всего перечисленного;

5. верно 2 и 3.

15. Для синдрома Эйди характерны:

1. односторонний птоз;

2. односторонний миоз;

3. спазм аккомодации;

4. односторонний мидриаз.

16.Проведение отоневрологической калорической пробы противопоказано:

1. при остром нарушении мозгового кровообращения;

2. при внутричерепной гипертензии;

3. при коматозном состоянии;

4. при перфорации барабанной перепонки;

5. при всем перечисленном.

17 .«Утиная» походка с раскачиванием туловища из стороны в сторону характерна для больного:

1. фуникулярныммиелозом;

2. диабетической полиневропатией;

3. невральнойамиотрофией Шарко-Мари-Тута;

4. прогрессирующей мышечной дистрофией;

5. мозжечковой дегенерацией.

18. Интенционный тремор и гиперметрия при выполнении пальценосовой пробы характерны для:

1. эссенциального тремора;

2. мозжечковой атаксии;

3. вестибулярной атаксии;

4. сенситивной атаксии;

5. всех перечисленных состояний.

19. Для выявления сенситивной атаксии следует попросить больного:

1. осуществить фланговую походку;

2. стать в позу Ромберга и закрыть глаза

3. стоя, отклониться назад или нагнуться вперед;

4. пройти по прямой линии.

20. Для исключения невриномы слухового нерва необходимо проведение:

1. аудиометрии;

2. компьютерной томографии;

3. магнитно-резонансной томографии;

4. всех перечисленных методов исследования.

21. Выпадение верхних (или нижних) половин полей зрения обоих глаз характерно для поражения:

1. ретробульбарных отрезков обоих зрительных нервов;

2. перекреста зрительных нервов;

3. шпорной борозды обеих затылочных долей;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

22. Приступы побледнения кожи кончиков пальцев с последующим цианозом характерны:

1. для синдрома Гийена-Барре;

2. для синдрома Рейно;

3. для синдрома Толозы-Ханта;

4. для гранулематозаВегенера.

23. Для вызывания нижнего менингеального симптома Брудзинского:

1. наклоняют голову больного вперед;

2. надавливают на область лонного сочленения;

3. выпрямляют согнутую под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах ногу больного;

4. сдавливают четырехглавую мышцу бедра.

24. При компьютерной томографии не накапливают контрастное вещество следующие виды опухолей мозга:

1. метастазы опухолей;

2. глиомы;

3. менингиомы;

4. ангиомы;

5. астроцитомы.

25. Ксантохромия цереброспинальной жидкости может свидетельствовать:

1. о повышенном содержании белка;

2. о ранее произошедшем внутричерепном кровоизлиянии;

3. о желтухе (повышенном уровне билирубина);

4. обо всем вышеперечисленном.

26. О наличии ортостатической гипотензии свидетельствует снижение систолического артериального давления к концу 3-й минуты стояния по сравнению с артериальным давлением, измеренным в положении лежа:

1. не менее чем на 10 мм рт.ст.;

2. не менее чем на 20 мм рт.ст.;

3. не менее чем на 30 мм рт.ст.;

4. не менее чем на 50 мм рт.ст..

27. Транскраниальную магнитную стимуляцию проводят для оценки:

1. когнитивных функций;

2. состояния ретикулярной формации ствола мозга;

3. состояния кортикоспинальных трактов;

4. всего вышеперечисленного.

28. Для выявления нарушения дискриминационной чувствительности следует проверить, способен ли больной определить:

1. место прикосновения при нанесении раздражения на различные участки тела;

2. рисуемые на коже цифры, буквы, простые фигуры;

3. два одновременно наносимых раздражения на близко расположенных участках поверхности тела;

4. на ощупь знакомые предметы.

29. У больных с алкогольным поражением периферической нервной системы типично повышение активности в крови следующего фермента:

1. аспартатаминотрансферазы;

2. аланинаминотрансферазы;

3. щелочной фосфатазы;

4. γ-глутамилтрансферазы;

5. лактатдегидрогеназы.

30. Содружественное отклонение глазных яблок в сторону раздражаемого уха при калорической пробе (вливании в наружный слуховой проход ледяной воды) у пациента в коме свидетельствует:

1. о повреждении контралатерального полушария;

2. о повреждении ипсилатерального полушария;

3. о повреждении ствола мозга;

4. о сохранности ствола мозга.

31. Роговичный рефлекс у пациента в коме, вызванной метаболическими расстройствами или интоксикацией:

1. исчезает рано;

2. исчезает поздно, вслед за окулоцефалическим и зрачковым рефлексами;

3. исчезает позднее окулоцефалического, но ранее зрачкового рефлекса;

4. всегда остается сохранным.

32. Ранними признаками застойного диска зрительного нерва являются:

1. ослабление венозной пульсации;

2. расширение вен;

3. размытость границ диска;

4. все вышеперечисленное.

33. Периодические высоко-амплитудные разряды при ЭЭГ характерны для:

1. болезни Крейтцфельдта-Якоба;

2. болезни Вильсона-Коновалова;

3. болезни Галлервордена-Шпатца;

4. синдрома Гайе-Вернике.

34. При повреждении наружных участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:

1. одностороннюю гомонимную гемианопсию;

2. нижнеквадрантную гемианопсию;

3. битемпоральную гемианопсию;

4. биназальную гемианопсию;

5. верхнеквадрантную гемианопсию.

35. Увеличение латенции или выпадение F-волн при исследовании проводимости по двигательным волокнам свидетельствует о поражении:

1. на уровне передних рогов спинного мозга;

2. на уровне корешков спинномозговых нервов;

3. на уровне дистального участка периферических нервов;

4. на уровне нервно-мышечного синапса.

36. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:

1. Бабинского;

2. Оппенгейма;

3. Россолимо;

4. Гордона;

5. Чеддока.

37. Контрастное усиление при компьютерной томографии мозга применяется, если необходимо:

1. выявить отек мозга, сопутствующий инсульту;

2. установить геморрагическое пропитывание очага ушиба мозга;

3. определить геморрагический инфаркт мозга;

4. оценить состояние ГЭБ независимо от характера церебрального процесса.

38. Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования:

1. четко выявляются между костной тканью черепа и веществом мозга;

2. визуализируются сосуды мозга и его оболочек:

3. можно сравнить показатели поглощения рентгеновского излучения разными структурами мозга;

4. визуализируются структуры задней черепной ямки.

39. Компьютерная томография головного мозга противопоказана в случае, если:

1. у больного с инсультом диагностирован инфаркт миокарда;

2. у больного с черепно-мозговой травмой появились признаки поражения ствола мозга;

3. у больного с опухолью задней черепной ямки появился синдром Гертвига-Мажанди;

4. верно все перечисленное;

5. неверно ничего из перечисленного.

40. Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке наиболее целесообразно применить:

1. компьютерную томографию;

2. компьютерную томографию с контрастированием;

3. магнитно-резонансную томографию;

4. позитронно-эмиссионную томографию;

5. все методы одинаково информативны.

41. Разрешающая способность компьютерной томографии мозга имеет ограничения и не всегда позволяет определить КТ-контрастные патологические очаги в мозге размером менее:

1. 1,5×1,5 мм;

2. 2,5×2,5 мм;

3. 3,5×3,5 мм;

4. 4,5×4,5 мм.

42. Для изменений цереброспинальной жидкости при вирусных энцефалитах не характерно наличие:

1. лимфоцитарногоплеоцитоза;

2. увеличения содержания белка;

3. увеличения содержания глюкозы и хлоридов;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

43. Характерным ЭЭГ-признаком очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите является:

1. диффузное снижение вольтажа волн;

2. появление δ- и θ-волн;

3. наличие пиков и острых волн;

4. наличие асимметричных гигантских волн;

5. наличие сонных веретен.

44. Для очаговых изменений головного мозга при рассеянном склерозе, выявляемых в T2-взвешенном и FLAIR-режимах магнитно-резонансной томографии, характерна:

1. низкая интенсивность сигнала;

2. высокая интенсивность сигнала;

3. радиальная ориентация по отношению к стенке боковых желудочков;

4. продольная ориентация по отношению к стенке боковых желудочков;

5. верно 2 и 3;

6. верно 1 и 4.

45. К признакам денервации, выявляемым с помощью игольчатой миографии, относятся:

1. потенциалы фибрилляций;

2. полифазность потенциаловдвигательных единиц;

3. положительные острые волны;

4. увеличение амплитуды потенциалов двигательных единиц;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

46. Для демиелинизирующих полиневропатий при ЭНМГ характерны следующие признаки:

1. снижение скорости проведения по двигательным волокнам;

2. увеличение дистальной латенции;

3. временная дисперсия;

4. наличие блоков проведения;

5. все перечисленное верно.

47. Люмбальная пункция противопоказана в следующих случаях:

1. при содержании гемоглобина менее 100 г/л;

2. при лейкопении менее 3000/мкл;

3. при тромбоцитопении менее 40000/мкл;

4. при протромбиновом индексе менее 70%.

48. Значительное снижение уровня глюкозы в цереброспинальной жидкости (до 0,1 г/л) характерно для менингита, вызванного:

1. вирусами гриппа;

2. пневмококком;

3. вирусом паротита;

4. туберкулезной палочкой.

49. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

1. острое начало заболевания с повышением температуры;

2. острое начало заболевания с менингеальным синдромом;

3. изменение цереброспинальной жидкости;

4. синдром инфекционно-токсического шока.

50. При повреждениях внутренних участков перекреста зрительных нервов периметрия выявляет:

1. одностороннюю гомонимную гемианопсию;

2. нижнеквадрантную гемианопсию;

3. битемпоральную гемианопсию;

4. биназальную гемианопсию;

5. верхнеквадрантную гемианопсию.

51.Ликворологическимпризнаком, отличающим церебральный цистицеркоз от эхинококкоза, является:

1. повышение давления цереброспинальной жидкости;

2. лимфоцитарно-моноцитарный плеоцитоз;

3. наличие в ликворе эозинофилов;

4. наличие в ликворе базофилов.

52. Возможным признаком прорыва абсцесса головного мозга в ликворные пути является появление у больного:

1. высокой температуры;

2. менингеального синдрома;

3. мутной цереброспинальной жидкости при пункции;

4. всего перечисленного;

5. верно 1 и 2.

53. Диагноз герпетического энцефалита подтверждается:

1. положительной ПЦР при исследовании крови;

2. положительный ПЦР при исследовании цереброспинальной жидкости;

3. высоким титром антител к вирусу герпеса в крови;

4. наличием типичных герпетических высыпаний;

5. всем перечисленным.

54. Для подтверждения распространения воспалительного процесса на спинной мозг при гнойном эпидурите грудного отдела применяют следующие методы исследования, за исключением:

1. ревизии субарахноидального пространства;

2. люмбальной пункции;

3. нисходящей миелографии;

4. компьютерной томографии;

5. магнитно-резонансной томографии.

55.Компьютерная томография выявляет гиподенсивную зону в очаге ишемического инсульта через:

1. 1 ч от начала заболевания;

2. 2 ч от начала заболевания;

3. 4 ч от начала заболевания;

4. 6 ч и более от начала заболевания.

56.Компьютерная томография позволяет диагностировать субарахноидальное кровоизлияние спустя:

1. 1 ч от начала кровоизлияния;

2. 3 ч от начала кровоизлияния;

3. 6 ч от начала кровоизлияния;

4. 12 ч от начала кровоизлияния;

5. 24 ч от начала кровоизлияния.

57.Признаки субарахноидального кровоизлияния перестают выявляться при компьютерной томографии головного мозга спустя:

1. 48 ч;

2. 7 дней;

3. 14 дней;

4. 1 мес..

58. При подозрении на заболевание мышц необходимо исследовать активность в крови ферментов:

1. щелочной фосфатазы;

2. лактатдегидрогеназы;

3. креатинфосфокиназы;

4. γ-глутамилтрансферазы;

5. всех вышеперечисленных.

59. Решающая роль в диагностике смерти мозга отводится:

1. ЭЭГ;

2. компьютерной томографии;

3. ангиографии;

4. эхоэнцефалографии.

60. Для правильного проведения пробы с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ больной должен делать глубоких вдохов:

1. 10-15/мин.

2. 16-20/мин.

3. 20-24/мин.

4. 25-30/мин.

61. Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызвать:

1. гипоксию и гипокапнию;

2. гипероксию и гипокапнию;

3. гипоксию и гиперкапнию;

4. гипероксию и гиперкапнию.

62. При локализации опухоли в глубинных отделах полушария головного мозга очаговые изменения электрической активности головного мозга наблюдаются в виде:

1. высокоамплитудных колебаний, распространяющихся на несколько областей коры противоположного очагу полушария;

2. низкоамплитудных колебаний, локализующихся в одной из областей коры гомолатерального очагу полушария;

3. высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария;

4. высокоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры как пораженного, так и здорового полушария;

5. низкоамплитудных колебаний, распространяющихся по нескольким областям коры гомолатерального очагу полушария.

63. Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является:

1. аллергия на йод;

2. открытая черепно-мозговая травма;

3. выраженная внутричерепная гипертензия;

4. наличие инородных металлических тел;

5. кровоизлияние в опухоль мозга.

64. Анализ крови при гепатолентикулярной дегенерации выявляет:

1. нейтрофильный лейкоцитоз;

2. лимфоцитоз;

3. повышение СОЭ;

4. снижение гемоглобина;

5. тромбоцитопению.

65. Анализ крови при эритремии выявляет:

1. снижение СОЭ до 1-2 мм/ч.;

2. тромбоцитопению;

3. снижение вязкости крови;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 3.

66. У больных с вегетативной недостаточностью при регистрации ЭКГ можно выявить следующий признак, подтверждающий диагноз:

1. усиление дыхательной аритмии;

2. ослабление дыхательной аритмии;

3. брадикардию;

4. появление U-волны.

67. При синдроме Иценко-Кушинга в крови определяется повышенное содержание:

1. пролактина;

2. кортикотропина;

3. соматостатина;

4. тиреотропина.

68. У больных с кардиоэмболией для вторичной профилактики инсульта необходимо назначить варфарин в дозе, обеспечивающей поддержание МНО на следующем уровне:

1. 0,5-1;

2. 1-2;

3. 2-3;

4. 3-5.

69. Для диагностики парапротеинемической полиневропатии используются следующие методы исследования:

1. иммуноэлектрофорез белков сыворотки крови;

2. иммуноэлектрофорез белков мочи;

3. иммуноэлектрофорез белков цереброспинальной жидкости;

4. правильно 1 и 2;

5. правильно все перечисленное.

70. В отсутствие эпилептической активности на фоновой ЭЭГ у больного с предполагаемым диагнозом эпилепсии прибегают к следующим методам исследования:

1. ЭЭГ с гипервентиляцией;

2. регистрации ЭЭГ в ночное время;

3. видео-ЭЭГ-мониторингу;

4. ЭЭГ после депривации сна;

5. всем перечисленным.

71. В норме давление цереброспинальной жидкости в положении сидя равно:

1. 110-180 мм вод.ст.

2. 280-310 мм вод.ст.

3. 220-260 мм вод.ст.

4. 160-220 мм вод.ст.

72. При проведении цифровой субтракционной ангиографии в отличие от классической ангиографии:

1. контрастное вещество не используют;

2. контрастное вещество можно вводить в вену;

3. используют меньшее количество рентгеновской пленки;

4. верно 2 и 3.

73. При отстаивании цереброспинальной жидкости больного туберкулезным менингитом через 12-24 ч может быть обнаружена:

1. опалесценция;

2. фибриновая пленка;

3. ксантохромия;

4. верно 1 и 2.

74. Облигатными показаниями для проведения компьютерной и магнитно-резонансной томографии у пациента с деменцией являются:

1. начало заболевания после 65 лет;

2. начало заболевания до 65 лет;

3. подозрение на болезнь Альцгеймера;

4. параллельное развитие неврологических и когнитивных нарушений;

5. верно 2 и 4;

6. верно 2, 3 и 4.

75. Синдром Клиппеля-Фейля характеризуется на рентгенограммах признаками:

1. краниостеноза;

2. платибазии;

3. остеопороза турецкого седла;

4. выступанием зуба II шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки;

5. срастанием нескольких шейных позвонков.

76. Уровень глюкозы в ликворе здорового человека колеблется в пределах:

1. 1,2-2,2 ммоль/л;

2. 2,5-4,4 ммоль/л;

3. 3,6-5,2 ммоль/л;

4. 2,6-5,2 ммоль/л;

5. 0,8-5,2 ммоль/л.

77. Для метаболической комы характерно:

1. анизокория;

2. декортикационная ригидность;

3. симптом Хвостека;

3. длительная сохранность зрачковых реакций;

4. парциальный эпилептический припадок.

78. Нормальным слухом считается восприятие шепота с расстояния:

1. 2-3 м;

2. 3-4 м;

3. 6-7 м;

4. 10 м и более.

79. При исследовании крови больных фуникулярныммиелозом отмечается:

1. гипохромия;

2. гиперхромия;

3. микроцитоз;

4. верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

80. Электронистагмографию можно проводить:

1. при ясном сознании;

2. при оглушении;

3. при сопоре;

4. при коме;

5. при любом уровне сознания.

81. Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении ЭМГ можно зарегистрировать с помощью:

1. поверхностных электродов;

2. игольчатых электродов;

3. мультиполярных электродов;

4. всего перечисленного;

5. верно 2 и 3.

82. Офтальмологический синдром Фостера Кеннеди характеризуется наличием признаков:

1. атрофии диска зрительного нерва на стороне поражения в сочетании с застойным диском на противоположной очагу стороне;

2. застойных дисков с двух сторон;

3. атрофии дисков зрительных нервов с двух сторон;

4. застойного диска в сочетании с атрофией на стороне очага поражения.

83. Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать:

1. ангиографию;

2. реоэнцефалографию;

3. компьютерную томографию;

4. транскраниальную ультразвуковую допплерографию.

84. Симптом Элсберга-Дайка (атрофия корней дужек позвонков и увеличение расстояния между ними на спондилограммах) наиболее характерен:

1. для дисгормональнойспондилопатии;

2. для миеломной болезни;

3. для болезни Педжета;

4. для экстрамедуллярной опухоли.

85. Для подтверждения диагноза нормотензивной гидроцефалии при люмбальной пункции необходимо вывести следующее количество цереброспинальной жидкости:

1. 10 мл;

2. 20 мл;

3. 50 мл;

4. 100 мл.

86. Исследование плазмы крови больного гепатолентикулярной дегенерацией выявляет:

1. повышение уровня церулоплазмина и гипокупремию;

2. понижение уровня церулоплазмина и гиперкупремию;

3. повышение уровня церулоплазмина и гиперкупремию;

4. понижение уровня церулоплазмина и гипокупремию.

87. К лабораторным признакам синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания относятся:

1. анемия;

2. тромбоцитоз;

3. наличие продуктов деградации фибриногена;

4. повышение уровня фибриногена;

5. увеличение продуктов деградации фибриногена в крови.

88. Время кровотечения (способ Дуке) у здорового человека не превышает:

1. 8 мин;

2. 4 мин;

3. 10 мин;

4. 2 мин.

89. При рассеянном склерозе наиболее типична локализация очагов поражения в следующих сегментах спинного мозга:

1. верхнешейных;

2. нижнешейных;

3. верхнегрудных;

4. нижнегрудных;

5. поясничных.

90. Наиболее информативным методом дополнительного исследования для диагностики опухоли ствола мозга является:

1. компьютерная томография;

2. магнитно-резонансная томография;

3. ЭЭГ;

4. однофотонная эмиссионная компьютерная томография.

91. В пользу диагноза нормотензивной гидроцефалии по данным магнитно-резонансной томографии свидетельствует:

1. диспропорциональное расширение желудочков по отношению к корковым бороздам;

2. признаки усиленного тока ликвора через сильвиев водопровод;

3. перивентрикулярный лейкоареоз в виде тонкой ровной полосы;

4. все перечисленное.

92. При появлении примеси крови в цереброспинальной жидкости субарахноидальное кровоизлияние, в отличие от травматической пункции, характеризуется:

1. постепенным очищением цереброспинальной жидкости от примеси крови от 1-й к 3-й пробирке;

2. одинаковым окрашиванием цереброспинальной жидкости во всех трех пробирках;

3. увеличением примеси крови в цереброспинальной жидкости от 1-й к 3-й пробирке;

4. данная проба не информативна.

93. При МРТ-диагностике рассеянного склероза следует учитывать, что нехарактерной локализацией очагов являются:

1. перивентрикулярное белое вещество;

2. подкорковые узлы;

3. мост мозга;

4. мозжечок.

94. Решающее значение в диагностике внутречерепных аневризм имеет:

1. γ-сцинтиграфия;

2. ангиография;

3. компьютерная томография;

4. допплеросонография;

5. реоэнцефалография.

95. Исследование клеточного иммунитета при ВИЧ инфекции выявляет:

1. снижение числа Т-хелперов;

2. повышение числа Т-супрессоров;

3. повышение числа Т-киллеров;

4. повышение числа В-лимфоцитов;

5. повышение числа Т-хелперов.

96. Диагноз нейросифилиса исключается при:

1. отрицательной реакции Вассермана в крови;

2. отрицательной РИФ в крови;

3. нормальном цитозе в ликворе;

4. отрицательной реакции Вассермана в ликворе.

97. Для нейросаркоидоза при исследовании цереброспинальной жидкости характерны следующие изменения:

1. нейтрофильныйплеоцитоз;

2. лимфоцитарныйплеоцитоз;

3. повышение уровня глюкозы;

4. снижение уровня глюкозы;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

98.Подтверждением диагноза синдрома беспокойных ног являются данные полисомнографии, указывающие на:

1. удлиненный латентный период сна;

2. фрагментацию сна;

3. повышение количества периодических движений ногами во сне;

4. увеличение представленности фазы сна с быстрыми движениями глаз.

99. Методом наиболее ранней диагностики ишемического инсульта является магнитно-резонансная томография в следующем режиме:

1. Т1;

2. Т2;

3. FLAIR;

4. Диффузно-взвешенном.

100. Опущение миндалин мозжечка при синдромен Арнольда-Киари является клинически значимым, если нижний край миндалин опущен ниже линии, соединяющей задний край твердого нёба с большим затылочным отверстием:

1. более чем на 1 мм;

2. более чем на 2 мм;

3. более чем на 5 мм;

4. более чем на 10 мм.

**РАЗДЕЛ III.**

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

1. Для уменьшения процессов свободнорадикального окисления в раннем периоде черепно-мозговой травмы применяется:

1. α-токоферола ацетат;

2. дексаметазон;

3. фенобарбитал;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное.

2. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять;

1.гидрокортизон;

2. преднизолон;

3. дексаметазон;

4. кортизон.

3. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение:

1. адреналина;

2. норадреналина;

3. мезатона;

4. дофамина.

4. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются:

1. ингибиторы МАО;

2. трициклические антидепрессанты;

3. нейролептики;

4. барбитураты;

5. все перечисленные препараты.

5. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют:

1. диазепам;

2. аминазин;

3. пропазин;

4. гексенал;

5. любой из перечисленных препаратов.

6. Гиперактивацию симпатико-адреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют:

1. нейролептиками;

2. антидепрессантами;

3. барбитуратами;

4. всеми перечисленными препаратами;

5. верно 1 и 2.

7. Из перечисленных антибиотиков наибольшей способностью проникать через ГЭБ обладает:

1. цефалексин;

2. клиндамицин;

3. рифампицин;

4. цефтриаксон.

8. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять:

1. маннитол;

2. реополиглюкин;

3. полиглюкин;

4. альбумин;

5. 5% раствор глюкозы.

9. При тяжелой черепно-мозговой травме преимущественное дегидратирующее действие на участки мозга с отеком оказывает:

1. маннитол;

2. глицерин;

3. лазикс;

4. альбумин.

10. Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апаллический или акинетико-ригидный синдром) назначают:

1. циклодол;

2. пирацетам;

3. энцефабол;

4. галоперидол;

5. наком.

11. К «дневным» транквилизаторам относится:

1. мидазолам (флормидал);

2. нитразепам (эуноктин);

3. диазепам (реланиум);

4. тофизепам (грандаксин).

12. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:

1. спустя 3 дня после травмы;

2. спустя неделю после травмы;

3. в резидуальном периоде;

4. в любые сроки;

5. верно 2 и 3.

13. Для угнетения гиперактивности вестибуловегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают:

1. анаприлин;

2. беллатаминал;

3. метоклопрамид;

4. верно все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

14. При аллергии на пенициллин не следует назначать:

1. гентамицин;

2. ампиокс;

3. биомицин;

4. левомицетин;

5. морфоциклин.

15. Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является:

1. введение в вену кардиотонических средств;

2. введение в вену антигипертензивных средств;

3. освобождение дыхательных путей от инородных тел;

4. верно 1 и 2.

16. При лечении тяжелой черепно-мозговой травмы в остром периоде для коррекции метаболического ацидоза показана внутривенная инфузия:

1. 5% раствора глюкозы;

2. 4% раствора бикарбоната натрия;

3. раствора поляризующей смеси;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

17. При комбинированной черепно-мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению:

1. кардиотонических средств;

2. симпатомиметиков;

3. низкомолекулярных декстранов;

4. осмотических диуретиков.

18. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания:

1. 5% раствора глюкозы;

2. 0,9% раствора хлорида натрия;

3. дистиллированной воды;

4. любого из перечисленных препаратов;

5. верно 2 и 3.

19. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной гипертензией, назначают:

1. центральные антигипертензивные средства;

2. осмотические диуретики;

3. петлевые диуретики;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

20. Противопоказанием для лечебной физкультуры у больных с инсультом является:

1. нарушение всех видов чувствительности на стороне гемиплегии;

2. резкая болезненность суставов;

3. нарушение функции тазовых органов;

4. сердечная недостаточность II-IIIст.;

5. нарушение координации.

21. Медикаментозную полиневропатию могут вызывать:

1. цитостатики;

2. туберкулостатические препараты;

3. нитрофураны (фуразолидон, фурадонин);

4. противомалярийные препараты;

5. препараты всех перечисленных групп;

6. верно 1 и 2.

22. Медикаментозный миопатический синдром не вызывают:

1. кортикостероиды;

2. хлорохин;

3. аминогликозиды;

4. антихолинэстеразные препараты;

5. все перечисленные препараты.

23. Психопатологические побочные эффекты могут вызывать:

1. кортикостероиды;

2. противосудорожные препараты;

3. противопаркинсоническе препараты;

4. центральные антигипертензивные препараты;

5. все перечисленные препараты.

24. Ингибиторы МАО:

1. снижают накопление норадреналина;

2. увеличивают накопление норадреналина;

3. снижают накопление дофамина;

4. увеличивают накопление дофамина;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

25. К ингибиторам МАО относятся:

1. юмекс, депренил;

2. аминазин, тизерцин;

3. седуксен, радедорм;

4. амитриптилин, триптизол;

5. L-ДОФА, наком.

26. К нейролептикам бутирофенонового ряда относятся:

1. аминазин, тизерцин;

2. трифтазин, френолон;

3. меллерил, сонапакс;

4. галоперидол, дроперидол.

27. Нейролептическое действие аминазина обусловлено блокадой рецепторов:

1. адреналина;

2. норадреналина;

3. дофамина;

4. ацетилхолина;

5. серотонина.

28. Нейролептики могут вызывать следующие экстрапирамидные нарушения:

1. акинезию и ригидность;

2. оромандибулярную дискинезию;

3. генерализованный тик;

4. верно 1 и 3;

5. верно все перечисленное;

6. верно 2 и 4.

29. При лечении нейролептиками с сильным антипсихотическим действием часто развиваются:

1.мозечковые расстройства;

2. экстрапирамидные расстройства;

3. вестибулярные расстройства;

4. координаторные расстройства;

5. слуховые и зрительные галлюцинации.

30. Тиоридазин (меллерил, сонапакс) не назначают:

1. при нарушениях поведения;

2. при тикозном гиперкинезе;

3. при депрессивном состоянии;

4. при артериальной гипотензии.

31. К антидепрессантам седативного действия относятся:

1. мелипрамин;

2. пиразидол;

3. индопан;

4. амитриптилин;

5. все перечисленные препараты.

32. Холинергический криз снимается введением:

1. ганглиоблокирующих средств;

2. миорелаксантов;

3. атропина;

4. адреналина;

5. норадреналина.

33. Совокупность следующих симптомов – психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов – является проявлением передозировки:

1. атропина;

2. прозерина;

3. ацетилхолина;

4. пилокарпина;

5. галантамина.

34. Холинергический криз при передозировке прозерина проявляется:

1. мидриазом;

2. миозом;

3. усилением перистальтики;

4. миофасцикуляциями;

5. верно 1, 3 и 4;

6. верно 2, 3 и 4.

35. Миорелаксанты применяют:

1. при введении назогастрального зонда;

2. при катетеризации мочевого пузыря;

3. при интубации трахеи;

4. при спазме привратника желудка;

5. при бронхоспазме.

36. К α-адреноблокаторам относится:

1. анаприлин;

2. обзидан;

3. индерал;

4. тразикор;

5. сермион.

37. Биотрансформациядифенина ускоряется при сочетанном приеме:

1. с карбамазепином;

2. с левомицетином;

3. с ацетилсалициловой кислотой;

4. с неодикумарином;

5. с изониазидом.

38. Лечение гепатоцеребральной дистрофии пеницилламином начинают с назначения:

1. малых доз с постепенным увеличением;

2. больших доз с постепенным снижением;

3. длительного приема средних доз;

4. больших доз через день.

39. При лечении энуреза для уменьшения глубины сна применяют:

1. амитриптилин;

2. сиднокарб;

3. пипольфен;

4. пирацетам;

5. аминалон.

40. Препараты, уменьшающие глубину сна, следует давать при энурезе:

1. три раза в день;

2. утром и днем;

3. на ночь;

4. утром и вечером;

5. днем.

41. Электроаэрозоли положительной полярности эффективны:

1. при респираторном ацидозе;

2. при респираторном алкалозе;

3. при метаболическом ацидозе;

4. при метаболическом алкалозе;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

42. Санаторно-курортное лечение больного с невритом лицевого нерва наиболее эффективно при его назначении:

1. с первых дней заболевания;

2. через 1-2 мес. от начала заболевания;

3. через 6 мес. от начала заболевания;

4. через год от начала заболевания;

5. в любое время независимо от давности заболевания.

43. Токсическое действие ГБО на нервную систему проявляется:

1. нарушением сознания;

2. развитием эпилептиформных судорог;

3. развитием гиперкинезов;

4. развитием акинезии и ригидности;

5. вегетативно-сосудистыми кризами.

44. Биодоступностьлеводопы (прохождение ГЭБ) в сочетании с ингибитором периферическойдофадекарбоксилазы повышается:

1. в 2 раза;

2. в 3 раза;

3. в 4 раза;

4. в 5 раз;

5. в 6 раз.

45. В остром периоде невропатий нецелесообразно применять:

1. электрофорез новокаина;

2. электростимуляцию;

3. микроволны;

4. динамические токи;

5. все перечисленное.

46. Наиболее эффективным методом патогенетической терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

1. анальгетиков;

2. спазмолитиков;

3. противосудорожных средств;

4. всего перечисленного;

5. ничего из перечисленного.

47. Показанием к хирургическому лечению неврологических проявлений шейного остеохондроза является компрессия:

1. плечевого сплетения при синдроме лестничной мышцы;

2. остеофитами позвоночной артерии с синдромом вертебробазилярной недостаточности;

3. большого затылочного нерва с синдромом стреляющих болей и парестезиями;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

48. Иглорефлексотерапия при полиневропатииГийена-Барре назначается в период:

1. нарастания парезов;

2. стабилизации парезов;

3. регресса парезов;

4. верно все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

49. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяется:

1. массаж;

2. вытяжение позвоночника;

3. иглорефлексотерапия;

4. аппликация парафина;

5. грязелечение.

50. При климактерическом остеопорозе назначают:

1. кортикостероиды;

2. кальцитрин;

3. половые гормоны;

4. верно 2 и 3;

5. верно все перечисленное.

51. Противопоказанием для применения вытяжения при неврологических проявлениях шейного остеохондроза является:

1. нестабильность позвоночного сегмента;

2. нарушение спинального кровообращения;

3. резко выраженный болевой корешковый синдром;

4. вертебробазилярная недостаточность;

5. все перечисленное;

6. верно 2 и 4.

52. Показанием к мануальной терапии неврологических проявлений остеохондроза позвоночника является наличие:

1. спондилеза и спондилолистезаIII стадии;

2. болевого синдрома и вегетативно-висцеральных нарушений;

3. остеопороза позвонков;

4. ничего из перечисленного.

53. При декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии препараты наперстянки и строфанта назначают:

1. для нормализации сердечного ритма;

2. для увеличения сердечного выброса;

3. для улучшения коронарного кровообращения;

4. для улучшения системной гемодинамики;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

54. Антикоагулянты при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначают, если у больного наблюдаются:

1.повторные ишемические кризы;

2. гиперкоагуляция;

3. высокие значения артериального давления;

4. верно 1 и 2;

5. верно все перечисленное.

55. Антиагрегантными свойствами обладает:

1. ацетилсалициловая кислота;

2. клонидин;

3. пармидин;

4. верно 1 и 3;

5. верно все перечисленное.

56. Для этиотропной терапии гипертонической энцефалопатии применяют:

1. антигипертензивные средства центрального действия;

2. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;

3. антагонисты кальция;

4. β-адреноблокаторы;

5. верно 1 и 3;

6. верно все перечисленное.

57. Препаратами первого выбора для курсовой этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии без артериальной гипертензии являются:

1. антиагрегантные средства;

2. антиоксидантные средства;

3. антигиперлипопротеинемические средства;

4. верно все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

58. Фармакотерапия больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения проводится с целью:

1. улучшения церебральной гемодинамики;

2. улучшения метаболизма мозга;

3. регресса очаговой церебральной симптоматики;

4. верно все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

59. Для фармакотерапии преходящих нарушений мозгового кровообращения на почве спазма мозговых артерий предпочтительнее назначить:

1. α-адреноблокаторы;

2. β-адреноблокаторы;

3. антагонисты кальция;

4. препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал);

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

60. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются:

1. выраженность общемозговой симптоматики;

2. гиповолемия;

3. гиперкоагуляция;

4. все перечисленное.

61. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте применяются с целью улучшения следующих функций:

1. церебральной гемодинамики;

2. водно-электролитного баланса;

3. реологического состояния крови;

4. верно все перечисленное;

5. верно 1 и 3.

62. Показанием к гиперволемическойгемодилюции при ишемическом инсульте является наличие:

1. анурии;

2. сердечной недостаточности;

3. артериального давления ниже 120/60 мм рт.ст.;

4. артериального давления свыше 200/100 мм рт.ст.;

5. гематокрита 52%.

63. При лечении закупорки артерий мозга вместе с гепарином из числа фибринолитиков можно назначать:

1. стрептокиназу;

2. фибринолизин;

3. урокиназу;

4. рекомбинантный активатор плазминогена;

5. любой из перечисленных препаратов.

64. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии:

1. ревматизма;

2. артериального давления свыше 200/100 мм рт.ст.;

3. заболеваний печени;

4. язвенной болезни желудка;

5. тромбоцитопатии.

65. Критерием эффективной гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают показатель гематокрита на уровне:

1. 45-60%;

2. 36-44%;

3. 30-35%;

4. на любом из перечисленных уровней.

66. Наиболее эффективным в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является:

1. хлористый кальций и викасол;

2. ε-аминокапроновая кислота;

3. гепарин с антитромбином;

4. гепарин с замороженной плазмой;

5. верно 1 и 2;

6. верно 3 и 4.

67. Интенсивная терапия при ишемическом инсульте имеет основной целью коррекцию:

1. гиперхолестеринемии;

2. гиперпротеинемии;

3. отека мозга;

4. водно-электролитного дисбаланса;

5. верно 1 и 2;

6. верно 3 и 4.

68. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (ε-аминокапроновая кислота и др.) противопоказано, поскольку:

1. высок риск повышения артериального давления;

2. возможно значительное повышениевнутричерепного давления;

3. кровоизлияние уже завершилось;

4. возможно усиление цефалгического синдрома.

69. Для дегидратирующей терапии при гипертоническом кровоизлиянии в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбирать:

1. мочевину;

2. кортикостероиды;

3. маннитол;

4. лазикс.

70. Назначение папаверина в острейшей стадии гипертонического кровоизлияния в мозг нецелесообразно:

1. при утрате сознания и менингеальном синдроме;

2. при признаках расширения артерий и вен глазного дна;

3. при артериальном давлении выше 200/100 мм рт.ст.

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

71. При гипертоническом субарахноидальном кровоизлиянии нецелесообразно применять:

1. анальгетики;

2. антифибринолитики;

3. дегидратационные препараты;

4. спазмолитики;

5. антигипертензивные средства.

72. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг нецелесообразно применять:

1. препараты ксантинового ряда;

2. α-адреноблокаторы;

3. аналептики;

4. препараты раувольфии;

5. ганглиоблокаторы.

73. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

1. утрата сознания;

2. рвота;

3. психомоторное возбуждение;

4. инфаркт миокарда;

5. отек легкого.

74. При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы назначают с первого дня:

1. хлористый кальций и викасол;

2. фибринолизин и гепарин;

3. ε-аминокапроновую кислоту;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

75. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают:

1. α-токоферол и рутин;

2. фибринолизин и калликреиндепо;

3. ε-аминокапроновую кислоту;

4. гепарин и замороженную плазму;

5. все перечисленное.

76. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью:

1. коррекции лактат-ацидоза;

2. коррекции гиперкоагуляции;

3. коррекции гиперагрегации;

4. торможения активации перекисного окисления липидов;

5. торможения активации антифибринолитической системы.

77. При декомпенсации гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии назначение дегидратирующих средств нецелесообразно при наличии:

1. артериальной гипертензии;

2. общемозговой симптоматики;

3. гиперкоагуляции;

4. головной боли гипертензивного характера;

5. краевого отека диска зрительного нерва.

78. При лечении вегетативно-сосудистой дистонии в форме краниоцеребральной венозной гипотонии значительным преимуществом обладают:

1. β-адреноблокаторы;

2. антикоагулянты;

3. антиагреганты;

4. препараты ксантинового ряда.

79. Лечение паротитного менингита может включать все перечисленное, кроме:

1. кортикостероидов;

2. дезоксирибонуклеазы;

3. трипсина;

4. аскорбиновой кислоты;

5. глицерина.

80. Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяются:

1. оксолин;

2. идоксуридин;

3. метисазон;

4. ацикловир;

5. аденозин-арабинозид.

81. Наиболее эффективным при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является:

1. бензилпенициллин;

2. клиндамицин;

3. эритромицин;

4. гентамицин.

82. При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять:

1. цефалексин (цепорекс);

2. клиндамицин (далацин);

3. эритромицин (эритран);

4. цефотаксим (клафоран).

83. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать:

1. клиндамицин;

2. тетрациклин;

3. эритромицин;

4. канамицин;

5. левомицетин.

84. При локализованной форме дифтерии (нос, зев, гортань) для профилактики полиневропатии введение противодифтерийной сыворотки достаточно в дозе:

1. 5-10 тыс. МЕ;

2. 10-15 тыс. МЕ;

3. 10-30 тыс. МЕ;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

85. Этиотропная фармакотерапия токсоплазмоза не проводится:

1. хлоридином;

2. аминохинолом;

3. сульфадимезином;

4. эритромицином.

86. Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке препаратом выбора является:

1. хлоралгидрат;

2. тиопентал;

3. фенобарбитал;

4. седуксен;

5. тубокурарин.

87. Для предупреждения и лечения обострений рассеянного склероза целесообразно назначить:

1. α-интерферон;

2. β-интерферон;

3. γ-интерферон;

4. верно все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

88. При ремиссии рассеянного склероза показано применение:

1. иммуностимуляторов;

2. плазмафереза;

3. глюкокортикоидов;

4. цитостатиков.

89. При обострении рассеянного склероза (Т-лимфопения, В-лимфоцитоз) предпочтительнее назначить:

1. глюкокортикоидные препараты;

2. цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид);

3. стимуляторы В-лимфоцитов (пропер-мил, зимозан, пирогенал);

4. комплексное лечение указанными средствами.

90. При токсической генерализованной форме дифтерии для профилактики полирадикулоневропатии достаточным является введение противодифтерийной сыворотки в дозе порядка:

1. 50-70 тыс. МЕ;

2. 70-100 тыс. МЕ;

3. 100-120 тыс. МЕ;

4. 120-150 тыс. МЕ;

5. указанные дозы недостаточны.

91. Из физиотерапевтических методов лечения при церебральном арахноидите наиболее эффективен:

1. электрофорез новокаина по Бургиньону;

2. Назальный электрофорез хлористого кальция;

3. назальный электрофорез лекозима;

4. верно 2 и 3;

5. верно 1 и 3.

92. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить один из следующих ГАМКергических препаратов:

1. аминалон;

2. фенибут;

3. баклофен;

4. пантогам.

93. При лечении печеночной энцефалопатии с портальной гипертензией (портосистемная форма) средствами первого выбора являются:

1. глюкокортикоидные препараты;

2. ограничение введения белка с пищей;

3. неадсорбируемые антибиотики;

4. экстракорпоральная гемосорбция;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

94. При лечении печеночной энцефалопатии без портальной гипертензии средствами первого выбора являются:

1. неадсорбируемые антибиотики;

2. кортикостероидные препараты;

3. экстракорпоральная гемосорбция;

4. ограничение потребления белка;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

95. Для лечения хронической надпочечниковой недостаточности применяется:

1. курсовая терапия глюкокортикоидами;

2. постоянная терапия глюкокортикоидами;

3. только экстренное введение глюкокортикоидов при развитии аддисонического криза;

4. все перечисленное.

96. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности включает введение:

1. глюкокортикоидов;

2. АКТГ;

3. кардиотонических препаратов;

4. Верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

97. Концентрация противоэпилептических препаратов (фенобарбитала, фенитоина и карбамазепина) повышается при одновременном назначении:

1. эритромицина;

2. хлорамфеникола;

3. изониазида;

4. циметидина;

5. верно 1 и 2;

6. всех перечисленных препаратов.

98. Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется:

1. типом припадка;

2. формой эпилепсии;

3. частотой приступов;

4. особенностями ЭЭГ.

99. Среди противоэпилептических препаратов в меньшей степени угнетает корковые функции:

1. карбамазепин;

2. фенобарбитал;

3. бензонал;

4. гексамидин.

100. При частых припадках первичной генерализованной эпилепсии в начале лечения следует назначить:

1.максимальную дозу одного препарата;

2. минимальную дозу одного выбранного препарата с постепенным повышением дозы;

3. сочетание минимальных доз двух или трех основных противоэпилептических препаратов;

4. сочетание средней терапевтической дозы одного основного препарата и одного из дополнительных средств.

101.Для лечения эпилепсии сна целесообразно назначение:

1. карбамазепина;

2. гексамидина;

3. вальпроевой кислоты;

4. фенобарбитала.

102. Первой мерой помощи больному при эпилептическом статусе является:

1. иммобилизация головы;

2. иммобилизация конечностей;

3. введение воздуховода в ротоглотку;

4. дача ингаляционного наркоза закисью азота.

103. К ДОФА-содержащим препаратам для лечения болезни Паркинсона относятся:

1. мидантан, вирегит;

2. наком, мадопар;

3. парлодел, лизурид;

4. юмекс, депренил;

5. все перечисленное.

104. При длительном лечении болезни Паркинсона суточная доза леводопы в препаратах с ингибитором дофадекарбоксилазы не должна превышать:

1. 500 мг;

2. 1000 мг;

3. 1500 мг;

4. 2000 мг.

105. Лечение болезни Паркинсона холинолитическими препаратами противопоказано, если у больного имеется:

1. катаракта;

2. глаукома;

3. гипертоническая ретинопатия;

4. все перечисленные заболевания.

106. При наследственном эссенциальном треморе следует назначить:

1. гексамидин;

2. обзидан;

3. наком;

4. мидантан;

5. верно все перечисленное;

6. верно 1 и 2.

107. Для лечения гиперкинетической формы хореи Гентингтона применяют:

1. ДОФА-содержащие препараты;

2. нейролептики;

3. холинолитики;

4. агонисты дофаминовых рецепторов.

108. Для предупреждения приступа «менструальной» мигрени целесообразно назначения:

1. α-адреноблокаторов;

2. β-адреноблокаторов;

3. антисеротониновых препаратов;

4. нестероидных противовоспалительных препаратов.

109. При лечении хронической пароксизмальной гемикрании наиболее эффективен:

1. аспирин;

2. индометацин;

3. эрготамин;

4. анаприлин;

5. резерпин.

110. Для купирования спастических мышечных проявлений нейрогенного гипервентиляционного синдрома назначают:

1. прозерин;

2. глюконат или хлорид кальция;

3. хлорид калия;

4. верно все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

**РАЗДЕЛ IV.**

3АБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ. БОЛЕЗНИ МЫШЦ И НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ ПЕРЕДАЧИ

1.В основу классификации полиневропатий положен следующий принцип:

1. этиологоия заболевания;

2. особенности течения заболевания;

3. особенности клинической картины;

4. верно 2 и 3;

5. все перечисленное.

2. Фактором, определяющим поражение нервов при дифтерийной полиневропатии, является:

1. инфекционный;

2. токсический;

3. сосудистый;

4. метаболический;

5. все перечисленные.

3. Синдром полиневропатии чаще всего проявляется:

1. слабостью проксимальных отделов конечностей;

2. расстройством чувствительности в дистальных отделах конечностей;

3. вегетативными нарушениями в кистях и стопах;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

4. Для алкогольной полиневропатии характерно:

1. преимущественное поражение нижних конечностей;

2. преимущественное поражение верхних конечностей;

3. боли в голенях и стопах;

4. боли в предплечьях и кистях;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

5. Лекарственные полиневропатии чаще вызывают:

1. цитостатики;

2. гипотензивные препараты;

3. противотуберкулезные средства;

4. верно 1 и 3;

5. верно 1 и 2.

6. Для дифтерийнойполиневропатии характерно наличие:

1. расстройств глубокой чувствительности;

2. бульбарных расстройств;

3. тазовых нарушений;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

7. Диабетическаяполиневропатия развивается в результате:

1. поражения сосудов периферических нервов;

2. нарушения метаболизма глюкозы;

3. токсического повреждения миелина периферических нервов;

4. всего перечисленного;

5. верно 1 и 2.

8. Для свинцовойполиневропатии характерно наличие:

1. преимущественных парезов нижних конечностей;

2. преимущественных парезов верхних конечностей;

3. болей в конечностях;

4. онемения в конечностях;

5. всего перечисленного;

6. верно 2 и 3.

9.Для мышьяковойполиневропатии характерно наличие:

1. преимущественных поражений нервов ног;

2. багрово-синюшных полос на коленях;

3. белых полос на ногтях;

4. верно 1 и 3;

5. верно 1 и 2.

10. сопутствующим симптомом полиневропатии при пернициозной анемии является:

1. снижение уровня железа в сыворотке крови;

2. фуникулярныймиелоз;

3. гиперацидный гастрит;

4. все перечисленное.

11. Полиневропатия, связанная с недостаточностью витамина В1, возникает:

1. при хроническом алкоголизме;

2. при порфирии;

3. при пеллагре;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

12. Для диабетической полиневропатии характерно:

1. поражение черепных нервов;

2. преимущественное поражение нервов верхних конечностей;

3. вегетативные расстройства;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

13. Полиневропатии при лейкозах возникают в результате:

1. эндолюмбального введения преднизолона;

2. приема цитостатиков;

3. сдавления нервных стволов специфическими инфильтратами;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

14. Для уремической полиневропатии характерно:

1. снижение скорости проведения возбуждения по нервам;

2. поражение черепных нервов;

3. преобладание аксональной дегенерации;

4. все перечисленное.

15. Отличительными признаками острой перемежающейся порфирии являются:

1. выраженность сенситивной атаксии;

2. выраженность болевого синдрома;

3. тяжесть вялых параличей конечностей;

4. черный цвет кала;

5. красный цвет мочи.

16. Характерными сопутствующими симптомами полиневропатии, вызванной миеломной болезнью, являются:

1. упорные боли в костях;

2. клеточно-белковая диссоциация в ликворе;

3. патологические переломы костей;

4. верно 2 и 3;

5. верно 1 и 3.

17. Причиной наследственно обусловленной невропатии может быть:

1. амилоидоз;

2. порфирия;

3. гепатоцеребральная дистрофия;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

18. Для компрессионной невропатии локтевого нерва (синдром ущемления в области локтевого сустава) характерны:

1. слабость II, IIIпальцев кисти;

2. атрофия мышц возвышения мизинца;

3. боли по ульнарной поверхности кисти;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

19. Для компрессионной невропатии срединного нерва (синдром запястного канала) характерны:

1. слабость IV, Vпальцев;

2. атрофия мышц возвышения большого пальца;

3. усиление болей в кисти при ее сгибании;

4. верно 2 и 3;

5. верно 1 и 3.

20. Для синдрома ущемления малоберцового нерва в области подколенной ямки характерны:

1. слабость подошвенных сгибателей стопы;

2. гипотрофия перонеальной группы мышц;

3. гипалгезия наружной поверхности голени;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

21. Для синдрома ущемления большеберцового нерва (синдром тарзального канала) характерны:

1. боль в области подошвы;

2. припухлость в области наружной лодыжки;

3. парезы сгибателей пальцев стопы;

4. верно 2 и 3;

5. верно 1 и 3.

22. Для невралгической амиотрофииПерсонейджа-Тернера характерны:

1. дистальный парез руки;

2. боль в области надплечья;

3. атрофия мышц плеча;

4. корешковая гипестезия в зоне С5-С6;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

23. Для дифференциальной диагностики аксонопатий и миелинопатий наиболее информативным исследованием является:

1. иммунологическое исследование крови;

2. ЭМГ;

3. иммунологическое исследование ликвора;

4. биопсия мышц.

24. В остром периоде невропатий целесообразно применять:

1. электрофорез прозерина;

2. электростимуляцию;

3. микроволны;

4. верно 1 и 3;

5. верно 1 и 2.

25. Иглорефлексотерапия при полиневропатииГийена-Барре назначается в период:

1. нарастания парезов;

2. стабилизации парезов;

3. регресса парезов;

4. верно все перечисленное;

5.верно 2 и 3.

26. Инфекционный полиневрит вызывают:

1. дифтерия;

2. ботулизм;

3. проказа;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

27. Для полиневропатии Гийена-Барре характерно:

1. поражение черепных нервов;

2. выраженные тазовые расстройства;

3. стойкая двусторонняя пирамидная симптоматика;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

28. Для полиневропатииГийена-Барре характерно появление белково-клеточной диссоциации в ликворе:

1. с 1-го дня заболевания;

2. с 3-го дня заболевания;

3. со 2-ой недели заболевания;

4. с 3-й недели заболевания.

29. Атипичная форма Фишера остройполиневропатииГийена-Барре характеризуется:

1. поражением языкоглоточного нерва;

2. двусторонним парезом лицевого нерва;

3. поражением каудальной группы черепных нервов и нарушением дыхания;

4. поражением глазодвигательных нервов и атаксией;

5. всем перечисленным.

30. Для невропатий при узелковомполиартериите характерны:

1. асимметричность поражения нервных стволов;

2. малая выраженность болевого синдрома;

3. поражение черепных нервов;

4. верно 2 и 3;

5. все перечисленное.

31. Для изменений диска зрительного нерва при остром неврите характерны:

1. стушеванность границ;

2. гиперемия;

3. побледнение;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

32. К демиелинизирующим относится полиневропатия:

1. Гийена-Барре;

2. диабетическая;

3. порфирийная;

4. алкогольная.

33. Для невропатии тройничного нерва характерны:

1. снижение корнеального рефлекса;

2. нарушение вкуса на задней трети языка;

3. гипалгезия во внутренней зоне Зельдера;

4. гипертрофия жевательной мускулатуры;

5. все перечисленное.

34. Для поражения лицевого нерва в области мосто-мозжечкового угла характерно:

1. снижение корнеального рефлекса;

2. нарушение вкуса на передних двух третях языка;

3. гиперакузия;

4. верно все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

35. При кохлеарном неврите наблюдается:

1. гиперакузия;

2. изолированное снижение костной проводимости;

3. изолированное снижение воздушной проводимости;

4. сочетанное снижение костной и воздушной проводимости;

5. верно 1 и 3.

36. При поражении языкоглоточного нерва наблюдается:

1. нарушение вкуса на передних двух третях языка;

2. парез гортани;

3. парез мягкого нёба;

4. верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

37. При поражении блуждающего нерва наблюдается:

1. дисфония;

2. нарушение сердечного ритма;

3. бронхоспазм;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

38. Для невропатии добавочного нерва характерно:

1. опущение лопатки;

2. похудание мышц шеи;

3. затруднение глотания;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

39. Поражение ядра подъязычного нерва от надъядерного поражения отличается наличием:

1. дизартрии;

2. ограничения подвижности языка;

3. фибрилляций;

4. сопутствующего поражения блуждающего нерва;

5. всего перечисленного.

40. Для невропатии длинного грудного нерва характерны:

1. парез дельтовидной мышцы;

2. парез грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

3. парез передней зубчатой мышцы;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

41. Для невропатии подкрыльцового нерва характерны:

1. затруднения сгибания руки в локтевом суставе;

2. болезненность руки при отведении ее за спину;

3. слабость и атрофия дельтовидной мышцы;

4. слабость и атрофия трапециевидной мышцы;

5. верно 2 и 4.

42. Признаками невропатии срединного нерва являются:

1. слабость IVиV пальцев кисти;

2. снижение чувствительности на ладонной поверхности IV, V пальцев;

3. слабость I, II пальцев кисти;

4. верно 2 и 3;

5. верно 1 и 2.

43. Признаками поражения лучевого нерва являются:

1. «когтистая лапа»;

2. невозможность разгибания кисти;

3. невозможность отведения I пальца;

4. все перечисленные;

5. верно 2 и 3.

44. При невропатии локтевого нерва наблюдается:

1. «свисающая кисть»;

2. нарушение чувствительности в области I,IIпальцев кисти;

3. невозможность приведения IV, Vпальцев;

4. верно 1 и 3;

5. все перечисленное.

45. При невропатии бедренного нерва наблюдается:

1. симптом Ласега;

2. слабость четырехглавой мышцы бедра;

3. отсутствие ахиллова рефлекса;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

46. Клиническими признаками невропатии наружного кожного нерва бедра являются:

1. снижение коленного рефлекса;

2. гипестезия по наружной передней поверхности бедра;

3. гипестезия по наружной задней поверхности бедра;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

47. При невропатии седалищного нерва наблюдается:

1. симптом Вассермана;

2. выпадение ахиллова рефлекса;

3. выпадение коленного рефлекса;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

48. Клиническими признаками поражения малоберцового нерва являются:

1. парез разгибателей стопы;

2. гипестезия по внутренней поверхности голени;

3. выпадение ахиллова рефлекса;

4. все перечисленные;

5. верно 1 и 2.

49. При невропатии большеберцового нерва наблюдается:

1. выпадение ахиллова рефлекса;

2. нарушение чувствительности на передней поверхности голени;

3. парез сгибателей стопы;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 3.

50. В состав шейного сплетения не входит:

1. малый затылочный нерв;

2. подкрыльцовый нерв;

3. диафрагмальный нерв;

4. надключичный нерв;

5. большой ушной нерв.

51. В состав плечевого сплетения не входит:

1. надключичный нерв;

2. подключичный нерв;

3. подкрыльцовый нерв;

4. локтевой нерв;

5. верно 1 и 3.

52. От поясничного сплетения не отходит:

1. бедренный нерв;

2. запирательный нерв;

3. наружный кожный нерв бедра;

4. седалищный нерв;

5. бедренно-половой нерв.

53. В состав крестцового плетения входит:

1. наружный кожный нерв бедра;

2. запирательный нерв;

3. седалищный нерв;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 3.

54. При дисфункции височно-нижнечелюстного сустава наблюдается:

1. отечность околоушной области;

2. болезненность при пальпации височной мышцы;

3. ограничение подвижности нижней челюсти;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное верно.

55. Для болевой миофасциальной дисфункции лица характерны:

1. болезненность пораженной мышцы при жевании и открывании рта;

2. гиперестезия в области пораженной мышцы;

3. наличие болезненных узелков в толще жевательной мышцы;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

56. Причиной невралгии тройничного нерва являются:

1. заболевания придаточных пазух;

2. компрессия корешка нерва извитыми сосудами на основании мозга;

3. сдавление ветвей нерва в подглазничном и нижнечелюстном каналах;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

57. При классической невралгии тройничного нерва наблюдается:

1. перманентный болевой синдром;

2. гипалгезии в лице в области иннервации Iи IIIветвей Vнерва;

3. курковые зоны на лице;

4. психомоторное возбуждение во время приступа;

5. верно 2 и 3.

58. Для невропатии тройничного нерва характерны:

1. отсутствие постоянного болевого синдрома;

2. гиперестезия на лице;

3. трофические расстройства на лице;

4. слабость жевательной мускулатуры;

5. верно 3 и 4;

6. все перечисленное.

59. Для невралгии несоресничного нерва характерны:

1. приступообразные боли в области глаза и носа;

2. приступообразные боли в лобно-височно-затылочной области;

3. ринорея, слезотечение;

4. верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

60. Для невралгии ушно-височного нерва характерны:

1. наличие курковых зон в области виска;

2. гиперемия и гипергидроз околоушной области;

3. приступообразные боли в околоушной области;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

61. Для невралгии языкоглоточного нерва характерны:

1. приступы стреляющих болей в корне языка;

2. приступы стреляющих болей в миндалинах;

3. наличие курковых зон в корне языка;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 3.

62. Для невралгии верхнегортанного нерва характерны:

1. приступы болей в области гортани;

2. пароксизмы кашля во время болевого приступа;

3. дисфония;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

63. Для ганглионита коленчатого узла характерны:

1. боли в области уха с иррадиацией в затылок;

2. герпетические высыпания в ушной раковине;

3. нарушения вкуса на задней трети языка;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

64. Для невралгии затылочного нерва характерны:

1. боль в околоушной области;

2. боль в области затылка с иррадиацией в надплечье;

3. болезненность при пальпации остистых отростков С3-С7;

4. напряжение мышц шеи;

5. все перечисленное.

65. В период обострения невралгии тройничного нерва применяются:

1. динамические токи на область выхода ветвей Vнерва;

2. грязевые аппликации на воротниковую зону;

3. электрофорез новокаина на область выхода ветвейV нерва;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 3.

66. Наиболее эффективным методом терапии невралгии тройничного нерва является назначение:

1. анальгетиков;

2. спазмолитиков;

3. противосудорожных средств;

4. всего перечисленного;

5. ничего з перечисленного.

67. Синдром нижней косой мышцы головы характеризуется:

1. кохлеовестибулярными и зрительными расстройствами;

2. постоянной болью в области затылка;

3. гипалгезией в зоне иннервации большого затылочного нерва;

4. верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

68. Для синдрома лестничной мышцы характерны:

1. усиление боли в предплечье и II, IIIпальцах кисти при повороте головы в больную сторону;

2. усиление боли в предплечье и IV, Vпальцах кисти при повороте головы в здоровую сторону;

3. асимметрия артериального давления и пульса на лучевой артерии;

4. диффузный остеопороз кисти;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

69. Для синдрома малой грудной мышцы характерны:

1. боль по передненаружной поверхности грудной клетки с иррадиацией в руку;

2. усиление болевого синдрома при закладывании руки за спину;

3. снижение артериального давления на плечевой артерии при повороте головы в здоровую сторону и при глубоком вдохе;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

70. Для плечелопаточного периартроза характерны:

1. остеопороз головки плечевой кости, увеличение размеров суставной щели плечевого сустава;

2. атрофия мягких тканей, окружающих плечевой сустав;

3. снижение рефлексов с двуглавой и трехглавой мышц плеча;

4. ограничение подвижности плечевого сустава;

5. все перечисленное;

6. верно 2 и 4.

71. Для периостита наружного надмыщелка плечевой кости (эпикондилеза) характерны:

1. болезненность всех движений в плечевом суставе;

2. болезненность при разгибании и ротации предплечья в локтевом суставе;

3. сужение суставной щели плечевого сустава;

4. верно 1 и 3;

5. все перечисленное.

72. Для синдрома «плечо-кисть» характерны:

1. вегетативно-трофические нарушения кисти;

2. асимметрия артериального давления;

3. гипотрофия грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

73. Для заднего шейного симпатического синдрома характерны:

1. сочетание кохлеовестибулярных, зрительных, вестибуломозжечковых нарушений с пульсирующей, жгучей, односторонней головной болью;

2. сочетание двусторонней затылочной головной боли с корешковыми чувствительными расстройствами в ульнарной области;

3. сочетание жгучих болей в надключичной области с приступами мышечной слабости в руке;

4. все перечисленное;

5. ничего из перечисленного.

74. Синкопальныйвертебральный (позвоночный) синдром (Унтерхарншейдта) характеризуется:

1. внезапным падением больного при резкой смене положения тела с горизонтального на вертикальное с падением артериального давления;

2. внезапной потерей сознания и мышечного тонуса, связанной с движением головы и шеи;

3. внезапным приступом кохлеовестибулярных, координаторных и зрительных расстройств, связанным с поворотом головы и шеи.

4. всем перечисленным;

5. верно 1 и 3.

75. Для вертеброгенной цервикальной миелопатии характерны:

1. выраженные расстройства тазовых функций;

2. смешанный верхний парапарез в сочетании со спастическим нижним парезом;

3. грубые атрофии мышц нижних конечностей;

4. дизартрия, дисфагия, дисфония;

5. все перечисленное.

76. Для компрессии корешка С6 характерны:

1. болевая гипестезия Iпальца кисти;

2. снижение рефлекса с двуглавой мышцы плеча;

3. снижение карпорадиального рефлекса;

4. болевая гипестезия Vпальца кисти;

5. верно 1 и 2;

6. верно 3 и 4.

77. Для компрессии корешка С7 характерны:

1. боли и парестезии в области IIIпальца кисти, выпадение рефлекса трехглавой мышцы плеча;

2. боли и парестезии в области Iпальца, выпадение рефлекса двуглавой мышцы плеча;

3. боли в области Vпальца кисти, выпадение карпорадиального рефлекса;

4. ничего из перечисленного.

78. Для васкулярногоэпиконусного синдрома характерны:

1. отсутствие ахиллова рефлекса;

2. отсутствие анального и кремастерного рефлексов;

3. нижний вялый парапарез;

4. задержка мочи;

5. все перечисленное;

6. верно 1, 3 и 4.

79. Для васкулярного конусного синдрома характерны:

1. недержание мочи;

2. анестезия в аногенитальной зоне;

3. нижний вялый парапарез;

4. отсутствие ахиллова рефлекса;

5. все перечисленное;

6. верно 1 и 2.

80. Платибазией называется краниовертебральная аномалия, при которой имеется:

1. уплощение ската затылочной кости;

2. воронкообразное вдавление в области затылочного отверстия;

3. сращение Iшейного позвонка с затылочной костью;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

81. Аномалией Арнольда-Киари называется патология, при которой имеется:

1. сращение шейных позвонков;

2. сращение Iшейного позвонка с затылочной костью;

3. смещение вниз миндалин мозжечка;

4. расщепление дужки Iшейного позвонка;

5. все перечисленное.

82. Наиболее информативными методами исследования при врожденной аномалии мозга Денди-Уокера являются:

1. вентрикулография;

2. компьютерная томография мозга;

3. миелография;

4. рентгенография краниовертебрального перехода;

5. все перечисленное;

6. верно 1 и 2.

83. Для синдрома грушевидной мышцы характерно:

1. снижение анального и кремастерного рефлексов;

2. усиление боли в голени и стопе при приведении бедра;

3. перемежающаяся хромота нижней конечности;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3;

6. верно 1 и 3.

84. Клиническая картина компрессии корешков конского хвоста отличается от компрессии конуса и эпиконуса:

1. асимметричностью поражения;

2. интенсивным болевым синдромом, усиливающемся в положении лежа;

3. нижним вялым парапарезом;

4. всем перечисленным;

5. верно 1 и 2.

85. Противопоказанием для применения вытяжения при неврологических проявлениях шейного остеохондроза является:

1. нестабильность позвоночного сегмента;

2. нарушение спинального кровообращения;

3. резко выраженный болевой корешковый синдром;

4. вертебробазилярная недостаточность;

5. все перечисленное;

6. верно 2 и 4.

86. Показанием к мануальной терапии при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника является наличие:

1. спондилеза и спондилолистезаIIIстадии;

2. болевого синдрома и вегетативно-висцеральных нарушений;

3. остеопороза позвонков;

4. всего перечисленного;

5. ничего из перечисленного.

87. Для синдрома компрессии корешка L4характерны:

1. боль в области коленного сустава, внутренней поверхности бедра;

2. слабость четырехглавой мышцы бедра;

3. отсутствие коленного рефлекса;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

88. Синдром компрессии корешка L5 проявляется:

1. болью по внутренней поверхности голени и бедра;

2. слабостью разгибателей Iпальца стопы;

3. снижением ахиллова рефлекса;

4. верно 2 и 3;

5. всем перечисленным.

89. Синдром компрессии корешка S1проявляется:

1. снижением силы трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев стопы;

2. снижением коленного рефлекса;

3. выпадением ахиллова рефлекса;

4. всем перечисленным;

5. верно 2 и 3.

90. Хирургическое лечение показано, если у больного с шейным остеохондрозом имеется:

1. выраженная клиническая картина компрессии плечевого сплетения при синдроме лестничной мышцы;

2. компрессия остеофитами позвоночной артерии;

3. выраженный спондилез на всем протяжении шейного отдела позвоночника;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

91. Для туберкулезного спондилита характерны:

1. сколиоз позвоночника;

2. кифоз позвоночника;

3. клиновидная деформация позвонков;

4. деструкция тел позвонков;

5. все перечисленное;

6. верно 1 и 2.

92. Для сакроилеита характерны:

1. симптом Ласега;

2. болезненность при сдавлении крыльев подвздошной кости;

3.нечеткость контуров суставных поверхностей крестцово-подвздошного сочленения, выявляемая при рентгенологическом исследовании;

4. верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

93. Клиническая картина метастатического поражения позвоночника отличается от остеохондроза:

1. упорным корешковым болевым синдромом;

2. билатеральным корешковым синдромом;

3. компрессией спинного мозга и корешков;

4. всем перечисленным.

94. Для остеохондроза в молодом возрасте характерны:

1. выраженный болевой корешковый синдром;

2. выраженный остеопороз позвоночника;

3. выраженные явления остеохондроза и спондилеза на рентгенограмме позвоночника;

4. все перечисленное.

95. В остром периоде вертеброгенных корешковых синдромов применяют:

1. массаж;

2. грязелечение;

3. иглорефлексотерапию;

4. аппликации парафина;

5. все перечисленное.

96. Для спондилоартрита (болезни Бехтерева) характерны:

1. остеопороз позвонков;

2. сакроилеит;

3. кифоз грудного отдела позвоночника;

4. деструкция тел позвонков поясничного отдела;

5. верно 1 и 2;

6. верно 2 и 3.

97. При невральнойамиотрофии Шарко-Мари наблюдается:

1. дистальнаяамиотрофия конечностей;

2. проксимальнаяамиотрофия конечностей;

3. амиотрофия туловища;

4. псевдогипертрофия икроножных мышц.

98. В развитии гормональнойспондилопатии играет роль:

1. недостаточность половых гормонов;

2. повышение активности щитовидной железы;

3. снижение уровня фосфора и кальция в крови;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 3.

99. Для гормональной спондилопатии характерными рентгенологическими признаками являются:

1. очаги деструкции в телах позвонков;

2. диффузный остеопороз позвонков;

3. клиновидные переломы позвонков;

4. краевые разрастания концевых пластинок позвонков;

5. все перечисленные;

6. верно 2 и 3.

100. Участком возможной компрессии срединного нерва является:

1. «плечевой канал»;

2. «спиральный канал»;

3. наружная межмышечная перегородка плеча;

4. костно-фиброзный канал Гюйона.

**РАЗДЕЛ V.**

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. Острый некротический энцефалит вызывают вирусы:

1. Коксаки;

2. простого герпеса;

3. кори;

4. паротита.

2. Лечениепаротитного менингита включает все перечисленное, кроме:

1. кортикостероидов;

2. дезоксирибонуклеазы;

3. трипсина;

4. аскорбиновой кислоты;

5. глицерина.

3. В развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксена (с острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:

1. стафилококкового менингита;

2. пневмококкового менингита;

3. менингита, вызванного вирусом Коксаки;

4. менингококкового менингита;

5. лимфоцитарногохориоменингита.

4. К редким синдромам энцефалита Экономо относят:

1. глазодвигательные расстройства;

2. патологические стопные знаки;

3. нарушения сна;

4. вегетативные расстройства.

5. Острый клещевой энцефалит характеризуется:

1. пиком заболеваемости в осенне-зимний период;

2. отсутствием менингеального синдрома;

3. снижением внутричерепного давления;

4. вялыми парезами и параличами мышц плечевого пояса;

5. нейтрофильнымцитозом в ликворе.

6. При вирусномдвухволновомменингоэнцефалите обычно не бывает:

1. лихорадки;

2. атрофических спинальных параличей;

3. плеоцитоза в ликворе;

4. радикулоневрита.

7. Общесоматические проявления СПИДа включают:

1. длительную лихорадку и ночные поты;

2. диарею и потерю массы тела;

3. генерализованную лимфаденопатию;

4. верно 1 и 3;

5. все перечисленное.

8. При вирусных энцефалитах в ликворе наблюдается:

1. лимфоцитарныйплеоцитоз;

2. снижение содержания белка;

3. увеличение содержания хлоридов;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

9. Характерными ЭЭГ-признаками очаговых некротических повреждений головного мозга при герпетическом энцефалите являются:

1. диффузное снижение вольтажа воли;

2. появление δ- и θ-волн;

3. наличие пиков (спайков) и острых волн;

4. наличие асимметричных гигантских волн;

5. наличие сонных веретен.

10. Для этиотропной терапии герпетического энцефалита применяется:

1. оксолин;

2. пефлоксацин;

3. ацикловир;

4. цефтриаксон.

11. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

1. острое начало заболевания с повышением температуры;

2. острое начало заболевания с менингеальным синдромом;

3. изменения цереброспинальной жидкости;

4. признаки застоя на глазном дне;

5. верно 1 и 2.

12. Серозный менингит может быть вызван следующими бактериями:

1. гемофильной палочкой Афанасьева-Пфайффера (инфлюэнц-менингит);

2. пневмококком;

3. микобактерией туберкулеза;

4. верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

13. Наиболее эффективным антибиотиком (из перечисленных) при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является:

1. бензилпенициллин;

2. клиндамицин;

3. эритромицин;

4. гентамицин.

14. Клиническую картину остроголимфоцитарногохориоменингитаАрмстронга отличает значительная выраженность:

1. высокой лихорадки;

2. менингеального синдрома;

3. гипертензивного синдрома;

4. нарушения сознания;

5. светобоязни.

15. При менингитах, вызванных вирусами Коксаки и ЕСНО, наблюдаются:

1. подострое начало без лихорадки;

2. полимиалгия;

3. нейтрофильныйплеоцитоз;

4. тяжелое течение и грубые резидуальные симптомы;

5. верно 3 и 4.

16. Морфологическим субстратом восстановления функций нейрональных систем и клинической ремиссии при рассеянном склерозе является:

1. рассасывание фиброзной склеротической бляшки;

2. восстановление способности синтезировать нейромедиаторы в пораженных нейронах;

3. восстановление нормального кругооборота нейромедиаторов в межнейрональных синапсах;

4. периаксональнаяремиелинизация в пораженных нейронах.

17. При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять:

1. цефалексин (цепорекс);

2. клиндамицин (далацин);

3. эритромицин (эритран);

4. цефотаксим (клафоран).

18. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать:

1. клиндамицин;

2. тетрациклин;

3. эритромицин;

4. канамицин;

5. левомицетин.

19. Субарахноидальное кровоизлияние как осложнение основного заболевания встречается при менингите, вызванном:

1. пневмококком;

2. вирусом паротита;

3. клебсиеллой;

4. палочкой Афанасьева-Пфайффера;

5. стрептококком.

20. Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще встречаются при менингите, вызванном:

1. палочкой Афанасьева-Пфайффера;

2. стафилококком;

3. пневмококком;

4. лептоспирами.

21. К редким возбудителям серозного менингита относятся:

1. вирус лимфоцитарногохориоменингита;

2. микобактерия туберкулеза;

3. вирус парагриппа;

4. вирус эпидемического паротита.

22. Гнойный менингит не вызывают:

1. стафилококки;

2. менингококки;

3. пневмококки;

4. вульгарный протей;

5. лептоспиры.

23. Характерными нарушениями иммунной системы при СПИДе, выявляемыми лабораторным путем, являются:

1. снижение количества Т-хелперов;

2. снижение отношения Т-хелперы/Т-супрессоры;

3. снижение количества В-лимфоцитов;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное.

24. Острый рассеянный энцефаломиелит редко сопровождается развитием:

1. нижней спастической параплегии;

2. бульбарных расстройств;

3. экстрапирамидных нарушений;

4. синдрома Броун-Секара.

25. Морфологическим субстратом пирамидных симптомов при остром рассеянном энцефаломиелите являются:

1. пролиферация мезоглии в белом веществе;

2. гибель осевых цилиндров;

3. распад миелина;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

26. Абсцесс мозга является относительно редким осложнением менингита вызванного:

1. пневмококком;

2. стафилококком;

3. палочкой Афанасьева-Пфайффера;

4. менингококком;

5. стрептококком.

27. Высокаяконтагиозность характерна для менингита, вызванного:

1. синегнойной палочкой;

2. стафилококками;

3. вирусом простого герпеса;

4. вирусами Коксаки и ЕСНО.

28. Решающее значение в дифференциальной диагностике церебрального эхинококкоза от других объемных поражений головного мозга принадлежит:

1. особенностям клинической картины;

2. данным компьютерной томографии;

3. анамнестическим данным;

4. особенностям серологических реакций.

29.Двигательные и чувствительные нарушения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлены поражением:

1. головного мозга;

2. спинного мозга;

3. корешков и периферических нервов;

4. верно 1 и 2;

5. всего перечисленного.

30. Снижение остроты зрения при остром рассеянном энцефаломиелите обусловлено поражением:

1. сетчатой оболочки;

2. зрительного нерва;

3. первичного зрительного центра в наружном коленчатом теле;

4. лучистого венца Грациоле в затылочной доле;

5. коркового отдела зрительного анализатора в затылочной доле.

31. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита для коррекции аутоиммунных нарушений применяют:

1. нестероидные противовоспалительные препараты;

2. анаболические стероидные препараты;

3. синтетические глюкокортикоиды;

4. эстрогенные стероидные препараты.

32. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического полиомиелита, возникающей после «малой болезни» и последующего латентного периода, характеризуются наличием:

1. судорог мышц;

2. фибриллярных подергиваний;

3. вялых параличей;

4. всего перечисленного;

5. верно 1 и 2.

33. Особенности коревой дисциркуляторной энцефалопатии обусловлены:

1. периваскулярными ишемическими очагами;

2. периваскулярными геморрагическими очагами;

3. тромбозами мозговых вен и синусов;

4. верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

34. В цереброспинальной жидкости на 2-й неделе паралитической стадии острого полиомиелита (в отличие от 1-й недели) находят:

1. нормальный уровень глюкозы;

2. белково-клеточную диссоциацию;

3. нормальный уровень хлоридов;

4. эозинофильный цитоз.

35. Особенности остаточных двигательных нарушений после перенесенного полиомиелита определяются:

1. асимметричным поражением мышц конечностей и туловища;

2. замедлением роста и нарушением трофики конечностей;

3. нарушением координации и статики;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

36. Дифференциальную диагностику непаралитической формы острого полиомиелита следует проводить:

1. с вирусным серозным менингитом;

2. с бактериальным серозным менингитом;

3. с острой демиелинизирующей полирадикулоневропатией Гийена-Барре;

4. с переднероговой формой клещевого энцефалита;

5. верно 1 и 4;

6. со всем перечисленным.

37. Подозрение на абсцесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками:

1. нарастающей внутричерепной гипертензии;

2. очагового церебрального поражения;

3. общемозговыми симптомами;

4. верно 1 и 2;

5. всеми перечисленными.

38. При диагностике абсцесса головного мозга из контрастных методов получить прямое изображение патологического очага округлой формы можно с помощью:

1. пневмоэнцефалографии;

2. вентрикулографии;

3. ангиографии;

4. γ-сцинтиграфии;

5. всего перечисленного.

39. К подострому склерозирующему панэнцефалиту как единой болезни не относят:

1. лейкоэнцефалитШильдера;

2. подострый лейкоэнцефалит Ван-Богарта;

3. узелковый панэнцефалит Петте-Деринга;

4. энцефалит с включениями Даусона.

40. Эффективным методом лечения абсцесса мозга является:

1. массивное введение антибиотиков и дегидратирующих средств;

2. хирургическое удаление абсцесса;

3. промывание полости абсцесса диоксидином;

4. промывание полости абсцесса антибиотиками;

5. применение противовоспалительных доз лучевой терапии.

41. Дифференциальная диагностика подострого склерозирующего панэнцефалита проводится:

1. с периаксиальнымлейкоэнцефалитомШильдера;

2. с рассеянным склерозом;

3. с опухолью мозга;

4. верно 2 и 3;

5. со всем перечисленным.

42. Нарушение походки при дифтерийной полиневропатии может быть обусловлено:

1. нижним спастическим парапарезом;

2. мозжечковой атаксией;

3. экстрапирамидной ригидностью;

4. сенситивной атаксией.

43. Боковой амиотрофический склероз с преимущественным поражением шейного утолщения спинного мозга необходимо дифференцировать:

1. с вертеброгенноймиелопатией;

2. с переднероговой формой сирингомиелии;

3. с интрамедуллярной опухолью;

4. верно 1 и 2;

5. со всем перечисленным.

44. Этиотропная фармакотерапия токсоплазмоза проводится:

1. хлоридином;

2. канамицином;

3. фурадонином;

4. эритромицином.

45. Синдромом Аргайла Робертсона называют:

1. отсутствие реакции зрачков на свет при сохранной реакции на конвергенцию и аккомодацию;

2. отсутствие прямой реакции на свет при сохранной содружественной реакции;

3. отсутствие реакции зрачков на конвергенцию при сохранной реакции на свет;

4. отсутствие реакции на аккомодацию в сочетании с анизокорией.

46. При болезни острова Гуам синдром бокового амиотрофического склероза сочетается:

1. с паркинсонизмом;

2. с деменцией;

3. с амаврозом;

4. со всем перечисленным;

5. верно 1 и 2.

48. Высокий риск летального исхода полиневропатии при дифтерии определяется поражением:

1. бульбарных черепных нервов;

2. диафрагмы;

3. миокарда;

4. верно 1 и 2;

5. всего перечисленного.

49. Для лечения генерализованных болезненных мышечных спазмов и судорог при столбняке препаратом первого выбора является:

1. хлоралгидрат;

2. тиопентал;

3. фенобарбитал;

4. седуксен;

5. тубокурарин.

50. Снижение зрения при периаксиальном энцефалите Шильдера обусловлено:

1. атрофией зрительных нервов;

2. поражением первичных зрительных центров;

3. поражением зрительных путей в белом веществе затылочной доли;

4. всем перечисленным;

5. верно 1 и 3.

51. Диагностическими признаками церебрального цистицеркоза являются:

1. выявление кист с помощью компьютерной томографии в ткани и желудочках мозга;

2. сенситивная атаксия и снижение сухожильных рефлексов;

3. атрофия зрительных нервов и нейрогенная глухота;

4. отвращение к жирной и сладкой пище;

5. верно 1 и 4;

6. все перечисленное.

52. Для церебрального цистицеркоза характеренплеоцитоз:

1. нейтрофильный;

2. нейтрофильно-лимфоцитарный;

3. лимфоцитарно-базофильный;

4. лимфоцитарный;

5. лимфоцитарно-моноцитарный.

53. Клиническими и морфологическими особенностями иммунозависимого коревого энцефалита являются:

1. возникновение неврологических симптомов на 3-6-й день после появления сыпи;

2. возникновение неврологических симптомов на 2-3-й неделе после возникновения сыпи;

3. субстрат-перивенознаядемиелинизация с деструкцией волокон;

4. субстрат-перивенозные кровоизлияния;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

54. Для клинической картины спинной сухотки характерно наличие:

1. болевого синдрома и сенситивной атаксии;

2. патологических стопных знаков и нарушения функции тазовых органов;

3. нижнего спастического парапареза со снижением сухожильных рефлексов;

4. всего перечисленного.

55. Для сифилитического поражения слуховых нервов характерно:

1. снижение костной проводимости при сохранении воздушной;

2. снижение воздушной проводимости при сохранении костной;

3. снижение костной и воздушной проводимости;

4. сохранение костной и воздушной проводимости.

56. Морфологическим субстратом ранних форм нейросифилиса являются:

1. воспалительные изменения в оболочках головного и спинного мозга;

2. воспалительные изменения в сосудах ЦНС;

3. дегенеративные изменения паренхимы головного и спинного мозга;

4. очаги демиелинизации в ЦНС;

5. все перечисленное;

6. верно 1 и 2.

57. Для поражения зрительных нервов при сифилитическом базальном менингите характерны:

1. изменение полей зрения;

2. нарушение цветоощущения;

3. папиллит с кровоизлияниями;

4. верно 1 и 2.

58. Поздние формы нейросифилиса встречаются в виде:

1. гуммы мозга;

2. спинной сухотки;

3. менинговаскулярного (или васкулярного) сифилиса;

4. бессимптомного поражения оболочек;

5. верно 1, 2 и 3;

6. всего перечисленного.

59. Диагноз нейросифилиса подтверждается следующими методами исследования цереброспинальной жидкости, за исключением:

1. реакции Вассермана с тремя разведениями ликвора;

2. коллоидной реакции Ланге;

3. коллоидной реакции Таката-Ара;

4. реакции иммобилизации бледных трепонем.

60. Нарушение статики и походки при спинной сухотке обусловлено:

1. вялыми параличами ног;

2. мозжечковой атаксией;

3. сенситивной атаксией;

4. снижением зрения при табетической атрофии зрительных нервов;

5. табетическойартропатией.

61. Термином «табетические кризы» у больных спинной сухоткой обозначают:

1. пароксизмы тахикардии;

2. колебания артериального давления;

3. пароксизмы болей рвущего характера;

4. эпизоды профузной потливости и общей слабости;

5. все перечисленное.

62. Первичная табетическая атрофия зрительных нервов при спинной сухотке характеризуется следующими изменениями на глазном дне:

1. побледнением височных половин дисков;

2. серой окраской дисков;

3. отеком дисков;

4. сохранностью четких границ дисков;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

63. Для клинической картины подострой спонгиозной энцефалопатии Крейтцфельдта-Якоба не характерно наличие:

1. пирамидного синдрома;

2. мозжечковой атаксии;

3. экстрапирамидного синдрома;

4. сенситивной атаксии;

5. эпилептоформного синдрома.

64. Острый гнойный эпидурит может быть осложнением таких воспалительных процессов, как:

1. абсцессы и флегмоны органов и тканей;

2. остеомиелит;

3. пансинусит;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное.

65. Патогенез неврологических симптомов острого эпидурита обусловлен:

1. воспалительно-токсическим влиянием очага;

2. компрессией корешков спинного мозга;

3. нарушением кровообращения в оболочках мозга;

4. верно 1 и 2;

5. всем перечисленным.

66. Неврологические симптомы острого спинального эпидурита представлены:

1. корешковыми болями;

2. синдромом компрессии спинного мозга;

3. утратой сознания;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

67. Антирабическая аллергическая послепрививочнаяэнцефаломиелополирадикулоневропатия, возникающая спустя месяцы после вакцинации , характеризуется следующими признаками:

1. начало без общеинфекционных признаков;

2. умеренно выраженное поражение центральной и периферической нервной системы;

3. белково-клеточная диссоциация в ликворе;

4. верно 1 и 2;

5. всеми перечисленными.

68. Различают следующие клинические формы энцефалита Шильдера:

1. психоорганическую (галлюцинации, деменция);

2. паралитическую (пирамидные парезы);

3. судорожную (эпилептический синдром);

4. затылочно-теменную (снижение зрения, дефекты полей зрения);

5. имеются все перечисленные формы;

6.верно 1 и 2.

69. Ранней диагностике поражения нервной системы при СПИДе способствует выявление в цереброспинальной жидкости:

1. нарастания титра ВИЧ-антител;

2. высоко лимфоцитарногоплеоцитоза;

3. повышение содержания иммуноглобулина G;

4. верно 1 и 3;

5. верно 1 и 2.

70. Психические нарушения при СПИДе представлены следующими симптомами:

1. снижением памяти и критики;

2. дезориентацией и галлюцинациями;

3. прогрессирующей деменцией

4. верно 1 и 3;

5. всеми перечисленными.

71. Частыми возбудителями СПИД-ассоциированных инфекций нервной системы являются:

1. микобактерии туберкулеза;

2. аденовирусы;

3. кандиды;

4. листерии;

5. вирус простого герпеса.

72. Поражение нервной системы ВИЧ-инфекцией проявляется:

1. энцефалопатией;

2. острым рецидивирующим менингитом;

3. миелопатией;

4. всем перечисленным;

5. верно 1 и 2.

73. Поражение нервной системы, вызываемое выработанными при СПИДе антителами к нервной ткани, проявляется в форме:

1. менингита;

2. менингоэнцефалита;

3. энцефаломиелита;

4. полиневропатии;

5. всего перечисленного.

74. Главным патогенетическим звеном при дифтерийной полиневропатии является блокада дифтерийным токсином:

1. ретроградного аксонального транспорта;

2. синаптической передачи;

3. синтеза белка на уровне ядра шванновской клетки;

4. «калий-натриевого насоса» на поверхности мембраны шванновской клетки.

75. Морфологические изменения при дифтерийнойполиневропатии обусловлены:

1. лимфоидной инфильтрацией периферических нервов;

2. дегенерацией аксонов;

3. сегментарной демиелинизацией;

4. пролиферацией шванновских клеток.

76. Для коррекции патологической мышечной спастичности при рассеянном склерозе целесообразно назначить:

1. аминалон;

2. фенибут;

3. пантогам;

4. тизанидин.

77. Признаком дефицита клеточного иммунитета при обострении рассеянного склероза является:

1. Т-лимфопения;

2. В-лимфоцитоз;

3. увеличение числа Т-киллеров;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

78. Феномен «клинической диссоциации» при рассеянном склерозе характеризуется наличием:

1. горизонтального нистагма в сочетании с отсутствием брюшных рефлексов;

2. центральных парезов конечностей и отсутствием расстройств чувствительности;

3. расстройств чувствительности сегментарного и проводникового типа на фоне легкого центрального пареза конечностей;

4. центральных парезов конечностей в сочетании с мышечной гипотонией.

**РАЗДЕЛ VI.**

**СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

1.Характерным признаком тромбоза внутренней сонной артерии является:

1. альтернирующий синдром Валленберга-Захарченко;

2. альтернирующий синдром Вебера (парез глазодвигательного нерва и пирамидный синдром);

3. альтернирующий оптикопирамидный синдром;

4. сенсорная афазия;

5. все перечисленное.

2. Закупорку экстракраниального отдела позвоночной артерии от закупорки интракраниального ее отдела отличает наличие:

1. классических альтернирующих синдромов;

2. глазодвигательных расстройств;

3. двигательных и чувствительных нарушений;

4. «пятнистости» поражения ствола по длиннику;

5. вестибуломозжечковых нарушений.

3. К симптомам, характерным для поражения левой передней мозговой артерии, относится:

1. нарушение психики;

2. преобладание пареза в ноге;

3. хватательный рефлекс;

4. апраксия левой руки;

5. все перечисленное.

4. Для поражения основного ствола правой средней мозговой артерии характерно наличие:

1. левосторонней гемианестезии;

2. левосторонней гемиплегии;

3. анозогнозии;

4. всего перечисленного.

5. Для поражения задней мозговой артерии характерно наличие:

1. гомонимной гемианопсии;

2. битемпоральной гемианопсии;

3. биназальной гемианопсии;

4. концентрического сужения полей зрения.

6. Синдром Валленберга-Захарченко (латеральный медуллярный синдром) возникает при закупорке:

1. коротких циркулярных артерий моста;

2. длинных циркулярных артерий моста;

3. парамедианных артерий моста;

4. нижней передней артерии мозжечка;

5. нижней задней артерии мозжечка.

7. К структурам эфферентной нервной регуляции мозгового кровообращения относятся рецептора:

1. синокаротидной зоны;

2. магистральных мозговых сосудов;

3. вазомоторных центров ствола;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

8. Главной функцией миогенного механизма регуляции мозгового кровообращения является обеспечение постоянства:

1. притока крови по артериям мозга;

2. кровотока в системе микроциркуляции;

3. оттока по интракраниальным венам;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

9. К гуморальным факторам регуляции мозгового кровообращения относятся:

1. катехоламины;

2. пептиды;

3. липопротеины;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

10. Симпатико-тоническая форма вегетативно-сосудистой дистонии характеризуется:

1. дистальным акроцианозом;

2. потливостью;

3. тахикардией;

4. снижением температуры тела;

5. диареей.

11. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль следующие факторы:

1. пролапс митрального клапана;

2. повышение фибринолитической активности крови;

3. снижение активности свертывающей системы крови;

4. стеноз магистральных сосудов шеи;

5. все перечисленное.

12. Очаговые поражения головного мозга редко наблюдаются:

1. при узелковом полиартериитеКуссмауля-Мейера;

2. при неспецифическомаортоартериите (болезни Такаясу);

3. при височном артериите Хортона-Магата-Брауна;

4. при облитерирующем тромбангиите Винивартера-Бюргера;

5. При гранулематозном ангиитеВегенера.

13. При шейном остеохондрозе чаще поражается артерия:

1. базилярная (основная);

2. позвоночная;

3. внутренняя сонная;

4. наружная сонная;

5. затылочная.

14. Решающим условием адекватного коллатерального кровообращения головного мозга при закупорке магистральных артерий головы является состояние:

1. тонуса и реактивности сосудов;

2. реологических свойств крови;

3. свертывающей-противосвертывающей системы крови;

4. архитектоники артериального круга мозга (виллизиева круга);

5. системной и центральной гемодинамики.

15. Диагноз дисциркуляторной энцефалопатии устанавливают, если имеются:

1. субъективные жалобы, возникающие чаще 1 раза в неделю на протяжении последних 3 месяцев;

2. умеренные когнитивные нарушения;

3. нестойкая рассеянная церебральная микросимптоматика;

4. стойкая рассеянная церебральная микросимптоматика;

5. стойкая очаговая церебральная симптоматика.

16. Субъективные церебральные симптомы при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга обычно появляются:

1. в утренние часы;

2. в вечерние часы;

3. после физической нагрузки;

4. после эмоционального стресса;

5. при условиях, требующих усиления кровоснабжения мозга.

17. Для декомпенсации начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга характерно:

1. появление рассеянной неврологической симптоматики;

2. увеличение частоты и продолжительности эпизодов субъективных церебральных симптомов;

3. появление очаговой неврологической симптоматики;

4. верно все перечисленное.

18. Симптомы начальных проявлений недостаточности кровоснабжения головного мозга обычно бывают:

1. эпизодическими;

2. перманентными;

3. латентными;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

19. Патогенетическим фактором головной боли при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга может быть:

1. спазм артерий мозга;

2. гипотония и дилатация артерий мозга;

3. гипотония и дилатация вен мозга;

4. повышение напряжения мышц мягких тканей головы;

5. верно все перечисленное.

20. Головокружение при начальных проявлениях недостаточности кровоснабжения головного мозга обусловлено:

1. дисциркуляцией в ветвях внутренней сонной артерии;

2. дисциркуляцией в ветвях наружной сонной артерии;

3. колебаниями давления эндолимфы в улитке внутреннего уха;

4. дисциркуляцией в артериях вертебробазилярного бассейна;

5. верно все перечисленное.

21. Больным с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга проводится терапия:

1. дегидратирующими средствами;

2. фибринолитическими средствами;

3. антифибринолитическими средствами;

4. вазоактивными средствами;

5. антикоагулянтными средствами;

6. верно все перечисленное.

22. Для лечения тревоги у больных с начальными признаками недостаточности кровоснабжения мозга применяется:

1. нитразепам;

2. феназепам;

3. пимозид;

4. сиднокарб;

5. фенамин.

23. Диагноз преходящего нарушения мозгового кровообращения устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу в течение:

1. 1 сут.;

2. 1 нед.;

3. 2 нед.;

4. 3 нед.;

5. 1 мес.

24. При лечении декомпенсаций начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга противопоказаны:

1. лекарственный электрофорез на воротниковую зону;

2. электросон;

3. грязелечение;

4. бальнеотерапия;

5. аэроионотерапия.

25. При начальных проявлениях недостаточности кровообращения мозга причиной инвалидности служит:

1. цефалгическийсимптомокомплекс;

2. снижение памяти;

3. вестибулярный симптомокомплекс;

4. все перечисленное;

5. ничего из перечисленного.

26. Стадии дисциркуляторной энцефалопатии выделяют на основании:

1. степени утраты трудоспособности;

2. изменения показателей ЭЭГ и реоэнцефалографии;

3. выраженности психических расстройств;

4. степени повышения артериального давления;

5. верно 1 и 3.

27. Диагноз инсульта с обратимой неврологической симптоматикой устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее:

1. 1 нед.;

2. 3 нед.;

3. 1 мес.;

4. 3 мес.;

5. 6 мес.

28. Декомпенсации хронической дисциркуляторной энцефалопатии способствуют:

1. повторные эпизоды нарушения ритма сердечной деятельности;

2. повторные эпизоды колебания артериального давления;

3. повышение агрегационной и коагуляционной активности крови;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3;

6. верно все перечисленное.

29. Для точной диагностики патологической извитости позвоночных артерий следует применить:

1. реоэнцефалографию;

2. ультразвуковую допплерографию;

3. ангиографию;

4. компьютерную томографию;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

30. Для неврологических проявлений вертебробазилярной недостаточности характерно наличие:

1. апатико-абулического синдрома;

2. синдрома аутотопагнозии;

3. синдрома сенсомоторной афазии;

4. вестибуломозжечкового синдрома;

5. верно все перечисленное.

31. При закупорке общей сонной артерии находят на той же стороне:

1. снижение пульсации внутренней сонной артерии;

2. усиление пульсации внутренней сонной артерии;

3. снижение пульсации височной артерии;

4. усиление пульсации височной артерии;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

32. При закупорке внутренней сонной артерии находят на той же стороне:

1. снижение пульсации наружной сонной артерии;

2. снижение пульсации височной артерии;

3. усиление пульсации наружной сонной артерии;

4. усиление пульсации височной артерии;

5. верно 1 и 2;

6. верно 3 и 4.

33. Для бульбарного синдрома при хронической недостаточности мозгового кровообращения, в отличие от псевдобульбарного, характерно наличие:

1. дизартрии;

2. дисфонии;

3. дисфагии;

4. фибрилляции языка;

5. симптомов орального автоматизма.

34. псевдобульбарный синдром развивается при сочетанном поражении:

1. пирамидных и мозжечковых путей доминантного полушария;

2. пирамидных и мозжечковых недоминантного полушария;

3. пирамидных и экстрапирамидных путей доминантного полушария;

4. пирамидных и экстрапирамидных путей недоминантного полушария;

5. пирамидных путей доминантного и недоминантного полушарий.

35. При формулировании диагноза острого сосудистого заболевания головного мозга согласно классификации НЦ неврологии РАМН на первое место выносится:

1. этиология сосудистого процесса;

2. тип нарушения мозгового кровообращения;

3. пораженный сосудистый бассейн;

4. клинический синдром;

5. состояние трудоспособности.

36. Отличием инфаркта в бассейне передней артерии сосудистого сплетения (передняя ворсинчатая артерия) от инфарктов в бассейнах других мозговых артерий служит отсутствие:

1. гемиплегии;

2. гемианестезии;

3. афазии;

4. вазомоторных нарушений в области парализованных конечностей;

5. гемианопсии.

37. Препараты наперстянки и строфанта при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначают:

1. для нормализации сердечного ритма;

2. для увеличения сердечного выброса;

3. для улучшения коронарного кровообращения;

4. для улучшения системной гемодинамики;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

38. Антикоагулянты при декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии назначаются, если у больного наблюдаются:

1. повторные ишемические атаки;

2. гиперкоагуляция;

3. высокие значения артериального давления;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

39. Для пролонгированной терапии дисциркуляторной энцефалопатии применяют следующие препараты:

1. винпоцетн;

2. дигидроэрготоксин;

3. дипиридамол;

4. ацетилсалициловую кислоту;

5. верно все перечисленное;

6. верно 3 и 4.

40. Для терапии гипертонической энцефалопатии применяют препараты следующих фармакологических групп:

1. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;

2. гиполипидемические препараты;

3. антагонисты кальция;

4. верно 1 и 3;

5. верно все перечисленное.

41. К этиотропной терапии атеросклеротической энцефалопатии относится назначение:

1. антигипертензивных препаратов;

2. вазоактивных средств;

3. антиагрегантов;

4. антиоксидантов;

5. гиполипидемических препаратов.

42. Вторичная профилактика дисциркуляторной энцефалопатии имеет целью:

1. предупреждения прогрессирования сосудистого заболевания;

2. предупреждение церебральных сосудистых кризов;

3. предупреждение инсульта;

4. верно все перечисленное.

43. Причиной преходящего нарушения мозгового кровообращения может быть:

1. артерио-артериальная микроэмболия;

2. спазм мозговых артерий;

3. тромбоз мозговых артерий;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

44. Фармакотерапия больных дисциркуляторной энцефалопатией проводится с целью:

1. улучшения церебральной гемодинамики;

2. улучшения метаболизма мозга;

3. регресса очаговой церебральной симптоматики;

4. верно все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

45. Симптоматику ишемии в бассейне внутренней сонной артерии от ишемии в вертебробазилярном бассейне отличают:

1. двоение в глазах;

2. альтернирующие синдромы;

3. двусторонние парезы;

4. атаксия;

5. оптико-гемиплегический синдром.

46. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда (кардиоцеребральный синдром)является:

1. повышение вязкости крови;

2. повышение активности свертывающей системы крови;

3. ухудшение реологических свойств крови;

4. снижение системного перфузионного давления;

5. повышение агрегации форменных элементов крови.

47. Подключичный синдром обкрадывания возникает при закупорке:

1. безымянной артерии;

2. проксимального отдела подключичной артерии;

3. дистального отдела подключичной артерии;

4. любого из перечисленных участков артерий;

5. верно 1 и 2.

48. Стволовая симптоматика при подключичном синдроме обкрадывания появляется или усиливается:

1. при глубоком вдохе;

2. при повороте головы в сторону поражения;

3. при упражнениях рукой на стороне поражения;

4. при упражнениях рукой на здоровой стороне;

5. при всех перечисленных действиях.

49. Для фармакотерапии преходящих нарушений мозгового кровообращения на почве спазма мозговых артерий предпочтительнее назначить:

1. α-адренергические блокаторы;

2. β-адренергические блокаторы;

3. антагонисты кальция;

4. препараты ксантинового ряда (эуфиллин, трентал);

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

50. Решающее влияние на прогноз преходящего нарушения мозгового кровообращения оказывает:

1. адекватный уровень артериального давления;

2. состояние вязкости и текучести крови;

3. состояние свертывающей системы крови;

4. сохранная проводимость приводящих артерий;

5. продолжительность эпизодов преходящей ишемии.

51. Геморрагический инфаркт головного мозга локализуется:

1. только в белом веществе;

2. только в сером веществе;

3. только в подкорковых узлах;

4. возможна любая локализация.

52. К развитию тромбоза мозговых артерий приводит:

1. повышение вязкости крови и агрегации тромбоцитов;

2. повышение коагуляционной активности крови;

3. повышение фибринолитической активности крови;

4. верно все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

53. С помощью магнитно-резонансной томографии очаг ишемического инсульта головного мозга выявляется в следующие сроки после начала заболевания:

1. через 1 ч.;

2. через 3 ч.;

3. через 6 ч.;

4. к концу первых суток.

54. Ишемический инсульт без закупорки артерии возникает в результате:

1. недостаточного притока крови в связи со снижением перфузионного давления;

2. повышения вязкости и ухудшения реологических свойств крови;

3. повышения осмолярности крови;

4. повышения внутричерепного давления;

5. верно 1 и 2.

55. Внутримозговое «обкрадывание» очага ишемического инсульта после введения вазодилататоров наступает в результате:

1. нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге;

2. спазма сосудов пораженного участка мозга;

3. спазма сосудов неповрежденных отделов мозга;

5. расширения «здоровых» сосудов неповрежденного отдела мозга;

6. раскрытия артериовенозных анастомозов.

56. «Обкрадывание» здорового участка мозга в пользу ишемического очага после введения вазотонических средств происходит в результате:

1. сужения «здоровых» сосудов неповрежденных отделов мозга;

2. сужения сосудов пораженного участка мозга;

3. расширения сосудов пораженного участка мозга;

4. восстановления ауторегуляции мозгового кровообращения;

5. восстановления реактивности сосудов в очаге ишемии.

57. Для 1 стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания характерно наличие:

1. гипокоагуляции;

2. гиперкоагуляции;

3. внутрисосудистой агрегации форменных элементов крови;

4. верно 2 и 3;

5. верно 1 и 2.

58. Для тромбоза мозговых сосудов характерно:

1. наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак;

2. постепенное нарастание очаговой симптоматики;

3. малая выраженность общемозговой симптоматики;

4. верно все перечисленное.

59. Для эмболии мозговых артерий характерно:

1. постепенное развитие очаговой неврологической симптоматики;

2. внезапное развитие очаговой симптоматики;

3. отек диска зрительного нерва на стороне эмболии;

4. наличие общемозговой симптоматики;

5. верно все перечисленное.

60. Тромбоз основной (базилярной) артерии проявляется:

1. преимущественным поражением варолиева моста;

2. корковой слепотой;

3. вегетативно-висцеральными кризами;

4. верно 1 и 2;

5. верно все перечисленное.

61. При периферическом парезе левого лицевого нерва, сходящемся косоглазии за счет левого глаза, гиперестезии в средней зоне Зельдера слева, патологических рефлексах справа очаг локализуется:

1. в левом мосто-мозжечковом углу;

2. в правом полушарии мозжечка;

3. в мосту мозга слева;

4. в области верхушки пирамиды левой височной кости;

5. в ножке мозга.

62. Показание для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются:

1. выраженность общемозговой симптоматики;

2. гиповолемия;

3. гиперкоагулопатия;

4. все перечисленное.

63. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте улучшают:

1. церебральную гемодинамику;

2. водно-электролитный баланс;

3. реологические состояния крови;

4. верно 1 и 3;

5. верно все перечисленное.

64. Показанием к гиперволемическойгемодилюции при ишемическом инсульте является наличие:

1. анурии;

2. сердечной недостаточности;

3. артериального давления ниже 120/60 мм рт.ст.;

4. артериального давления свыше 200/100 мм рт.ст.;

5. гематокрита 45%.

65. Фибринолитическая терапия в виде внутривенной инфузии при закупорке сосудов мозга целесообразна не позднее следующего срока после начала инсульта:

1. 1-2 ч.;

2. 3-4 ч.;

3. 5-6 ч.;

4. 7-8 ч.

66. Антикоагулянты при ишемическом инсульте противопоказаны при наличии:

1. артериального давления свыше 200/100 мм рт.ст.;

2. заболеваний печени;

3. язвенной болезни желудка;

4. верно 1 и 3;

5. верно все перечисленное.

67. Критерием эффективной гемодилюции в острой стадии ишемического инсульта считают уровень гематокрита:

1. 45-49%;

2. 36-44%;

3. 31-35%;

4. 25-30%.

68. Наиболее эффективными в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания являются:

1. хлористый кальций и викасол;

2. ε-аминокапроновая кислота;

3. гепарин с антитромбином;

4. гепарин с замороженной плазмой;

5. верно 1 и 2;

6. верно 3 и 4.

69. Антикоагулянтная терапия при ишемическом инсульте применяется для коррекции:

1. метаболического ацидоза;

2. активации протромбина и тромбина;

3. гиперпротеинемии;

4. гиперлипидемии;

5. верное все перечисленное.

70. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (ε-аминокапроновой кислоты и др.) не показано, поскольку:

1. высок риск повышения артериального давления;

2. возможно значительное повышение внутричерепного давления;

3. кровоизлияние уже завершилось;

4. возможно усиление менингеального синдрома;

5. верно все перечисленное.

71. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через:

1. 1 ч от начала заболевания;

2. 2 ч от начала заболевания;

3. 4 ч от начала заболевания;

4. 6 ч и более от начала заболевания.

72. Гипертоническое кровоизлияние в полушарие мозга сопровождается:

1. сдавлением вещества мозга и смещением ствола головного мозга;

2. закупоркой артерий основания мозга;

3. отеком вещества мозга;

4. верно 1 и 3;

5. верно все перечисленное.

73. Гиперосмолярный синдром специфичен:

1. для тромботического инфаркта мозга;

2. для геморрагического инфаркта мозга;

3. для кровоизлияния в мозг;

4. верно 2 и 3;

5. не специфичен ни для чего из перечисленного.

74. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным признаком является:

1. утрата сознания;

2. кровянистый ликвор;

3. смещение срединного эхо-сигнала (М-эхо);

4. очаговая неврологическая симптоматика;

5. верно 2 и 4;

6. верно все перечисленное.

75. При кровоизлиянии в понтобульбарный отдел ствола мозга не является обязательным:

1. утрата сознания;

2. горметония и децеребрационная ригидность;

3. атоническая геми- и/или тетраплегия;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

76. При кровоизлиянии в мозжечок обязательным является наличие:

1. утраты сознания, гемипареза;

2. динамической атаксии;

3. нистагма;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

77. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания патогномоничен:

1. для тромботического инфаркта;

2. для нетромботического инфаркта;

3. для геморрагического инфаркта;

4. для кровоизлияния в мозг;

5. ни для чего из перечисленного.

78. Горметонией называют синдром, при котором наблюдается:

1. генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания;

2. повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей;

3. повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей;

4. повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей.

79. Для субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком являются:

1. утрата сознания;

2. зрачковые расстройства;

3. нистагм;

4. менингеальный синдром;

5. двусторонние пирамидные патологические знаки.

80. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать:

1. мочевину;

2. глюкокортикоиды;

3. маннитол;

4. лазикс.

81. Суточная доза непрямого антикоагулянтного варфарина при длительной антикоагулянтной терапии считается адекватной при следующих значениях МНО:

1. 1,0-2,0;

2. 2,1-3,0;

3. 3,1-4,0;

4. 4,1-5,0.

82. При субарахноидальном кровоизлиянии у больного с выраженным атеросклерозом не следует применять:

1. анальгетики;

2. антифибринолитики;

3. дегидратационные препараты;

4. спазмолитики;

5. антигипертензивные средства.

83. Больной со зрительной агнозией:

1. плохо видит окружающие предметы, но узнает их;

2. видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной;

3. не видит предметы по периферии полей зрения;

4. видит предметы, но не узнает их;

плохо видит окружающие предметы и не узнает их.

84. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

1. утрата сознания;

2. рвота;

3. психомоторное возбуждение;

4. отек легкого.

85. Аневризма артерий мозга диаметром 3 мм может быть диагностирована с помощью:

1. ангиографии;

2. реоэнцефалографии;

3. ультразвуковой допплерографии;

4. компьютерной томографии;

5. радиоизотопной сцинтиграфии.

86. Больной с сенсорной афазией:

1. не может говорить и не понимает обращенную речь;

2. понимает обращенную речь, но не может говорить;

3. может говорить, но забывает названия предметов;

4. не понимает обращенную речь, но контролирует собственную речь;

5. не понимает обращенную речь и не контролирует собственную речь.

87. Для клинических проявлений кровоизлияния при разрыве аневризм конвекситальных артерий мозга, в отличие от проявлений разрыва аневризмы артерий на основании мозга, характерны:

1. утрата сознания;

2. головная боль;

3. появление очаговых неврологических симптомов;

4. менингеальный синдром.

88. Для неразорвавшейся аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии характерно поражение:

1. III-IVчерепных нервов;

2. VII, VIIIпары черепных нервов;

3. IX-Xпары черепных нервов;

4. XI, XIIпары черепных нервов.

89. При аневризме внутренней сонной артерии в области кавернозного синуса наблюдается:

1. контралатеральная гемиплегия;

2. гомонимная гемианопсия;

3. поражение III-IVчерепных нервов;

4. верно все перечисленное.

90. При неразорвавшейся аневризме основной артерии часто наблюдается синдром:

1. верхней глазничной щели;

2. наружной стенки кавернозного синуса;

3. поражения сильвиевой борозды;

4. поражения шпорной борозды;

5. мосто-мозжечкового угла.

91. У больных с неразорвавшейся конвекситальной артериовенозной аневризмой наблюдаются:

1. нарушения зрения;

2. глазодвигательные расстройства;

3. менингеальные симптомы;

4. повышение внутричерепного давления;

5. эпилептиформные припадки.

92. При разрыве супратенториальной артериовенозной аневризмы чаще, чем при разрыве артериальной аневризмы, происходит:

1. истечение крови в цистерны основания мозга;

2. развитие менингеального синдрома;

3. развитие асимметричной гидроцефалии;

4. развитие внутримозговой гематомы.

93. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные:

1. ангиографии;

2. реоэнцефалографии;

3. ультразвуковой допплерографии;

4. компьютерной или магнитно-резонансной томографии;

5. радиоизотопной сцинтиграфии.

94. При альтернирующем синдроме Мийяра-Гублера очаг находится:

1. в основании ножки мозга;

2. в заднебоковом отделе продолговатого мозга;

3. в области красного ядра;

4. в основании нижней части моста мозга;

5. в гипоталамусе.

95. Тромбоз глубоких мозговых вен отличается от тромбоза поверхностных мозговых вен наличием:

1. общемозговых симптомов;

2. признаков застоя на глазном дне;

3. признаков поражения ствола головного мозга;

4. менингеального синдрома.

96. Сочетание нарушения глотания и фонации, дизартрии, пареза мягкого нёба, отсутствия глоточного рефлекса и тетрапареза свидетельствует о поражении:

1. ножек мозга;

2. моста мозга;

3. продолговатого мозга;

4. покрышки среднего мозга;

5. гипоталамуса.

97. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают:

1. α-токоферол и рутин;

2. фибринолизин и калликреин-депо;

3. ε-аминокапроновую кислоту;

4. гепарин и замороженную плазму;

5. все перечисленное.

98. Доза внутривенной инфузии рекомбинантного тканевого активатора плазминогена при закупорке мозговой артерии эмболом или тромбом согласно международным рекомендациям считается адекватной при введении:

1. 0,3 мг/кг массы тела;

2. 0,6 мг/кг массы тела;

3. 0,9 мг/кг массы тела;

4. 1,2 мг/кг массы тела.

99. Гемианестезия, гемиатаксия, гемианопсия характерны для поражения:

1. бледного шара;

2. хвостатого ядра;

3. красного ядра;

4. таламуса;

5. черного вещества.

100. Для ишемии в верхнем сосудистом бассейне спинного мозга характерны:

1. синдром внутричерепной гипертензии;

2. вялый парез рук и спастический парез ног;

3. синдром паралитического ишиаса;

4. недержание мочи и кала;

5. верно 3 и 4.

101. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденсивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии и кровоизлиянии в мозг спустя:

1. 1 ч от начала кровоизлияния;

2. 3 ч от начала кровоизлияния;

3. 6 ч от начала кровоизлияния;

4. 12 ч от начала кровоизлияния;

5. 24 ч от начала кровоизлияния.

102. Окклюзия нижнего сегмента брюшной аорты отличается от ишемии в нижнем спинальном бассейне:

1. нижней параплегией;

2. расстройством функции тазовых органов;

3. проводниковыми нарушениями чувствительности;

4. отсутствием пульсации артерий ног;

5. всем перечисленным.

103. Наиболее вероятной причиной кровоизлияния в спинной мозг является:

1. гипертоническая болезнь;

2. атеросклероз;

3. сосудистая форма нейролюэса;

4. спинальная артериовенозная мальформация;

5. все перечисленное.

104. При нарушении венозного кровообращения в спинном мозге ишемии чаще подвергаются:

1. передние рога;

2. задние рога и интрамедуллярная зона;

3. боковые рога;

4. передние канатики.

105. Для лечения отека мозга при инсульте эффективной дозой маннитола считается:

1. 0,5 г/кг массы тела;

2. 1,0 г/кг массы тела;

3. 1,5 г/кг массы тела;

4. 2,0 г/кг массы тела.

**РАЗДЕЛ VII.**

ВЕГЕТАТИВНЫЕ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ РАССТРОЙСТВА

1. Наиболее частой причиной ортостатической гипотензии являются:
2. передозировка гипотензивных препаратов;
3. диабетическая полиневропатия;
4. идиопатическая ортостатическая гипотензия;
5. заболевания сердца;
6. заболевания крови;

ничего из перечисленного.

2. Поражение вегетативных волокон характерно для следующего варианта периферической невропатии:

1. миелинопатии;

2. нейронопатии;

3. аксонопатии;

4. валлеровского перерождения;

5. любого из перечисленного;

6. ничего из перечисленного.

3. Феномен денервационной гиперчувствительности характерен для поражения:

1. преганглионарных симпатических нейронов;

2. постганглионарных симпатических нейронов;

3. преганглионарных парасимпатических нейронов;

4. постганглионарных парасимпатических нейронов;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

4. Для выявления феномена гиперчувствительности при денервации зрачка следует закапать в глаз:

1. 1% раствор адреналина;

2. 0,1% раствор адреналина;

3. 12,5% раствор пилокарпина;

4. 1,25% раствор пилокарпина;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

5. Феномен ортостатической гипотензии характеризуется снижением артериального давления в вертикальном положении:

1. систолического – на 20 мм рт.ст. и более;

2. систолического – на 30 мм рт.ст. и более;

3. диастолического – на 20 мм рт.ст. и более;

4. верно все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

6. Для лечения ортостатической гипотензии, обусловленной периферической вегетативной недостаточностью, наиболее эффективны следующие средства:

1. дексаметазон;

2. флудрокортизон;

3. симпатомиметики;

4. β-блокаторы;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

7. Наиболее частой причиной вегетативных кризов являются:

1. тревожные невротические расстройства;

2. черепно-мозговая травма;

3. поражение гипоталамуса;

4. пролапс митрального клапана;

5. коллагенозы;

6. нейроинфекция.

8. Периферическая вегетативная недостаточность наблюдается при следующих вариантах диабетических полиневропатий:

1. проксимальной симметричной полиневропатии;

2. проксимальной асимметричной полиневропатии;

3. дистальной полиневропатии;

4. множественной мононевропатии;

5. всех перечисленных;

6. ни при чем из перечисленного.

9. Для базисной терапии вегетативных кризов применяются следующие препараты:

1. β-блокаторы;

2. беллатаминал;

3. клоназепам;

4. трициклические антидепрессанты;

5. верно 3 и 4;

6. все перечисленные.

10. Наиболее частой причиной синдрома Горнера является:

1. поражение ствола мозга;

2. поражение спинного мозга;

3. поражение корешка Т1;

4. поражение шейной симпатической цепочки;

5. поражение симпатического сплетения внутренней сонной артерии.

11. Вегетативные кризы часто сопровождаются следующими психопатологическими проявлениями:

1. тревогой ожидания;

2. агорафобией;

3. ограничительным поведением;

4. всеми перечисленными;

5. верно 1 и 3;

6. верно 1 и 2.

12. Вегетативные кризы приходится дифференцировать со следующими состояниями:

1. височной эпилепсией;

2. феохромоцитомой;

3. гипогликемией;

4. нейрогенной гипервентиляцией;

5. верно 1, 2 и 3;

6. всеми перечисленными.

13. Для вегетативных кризов, в отличие от феохромоцитомы, менее характерны:

1. значительное повышение артериального давления;

2. повышенное потоотделение;

3. выраженное чувство страха;

4. сердцебиение;

5. все перечисленное;

6. ничего из перечисленного.

14. Поражение периферической (сегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами:

1. периферической вегетативной недостаточностью;

2. ангиотрофалгическими синдромами;

3. нейрогенной тетанией;

4. кластерной головной болью;

5. верно 1 и 2;

6. всеми перечисленными.

15. Поражение центральной (надсегментарной) вегетативной нервной системы проявляется следующими синдромами:

1. рефлекторной симпатической дистрофией;

2. нейроэндокринно-метаболическими расстройствами;

3. психовегетативным синдромом;

4. астеноневротическим синдромом;

5. верно 2 и 3;

6. всеми перечисленными.

16. Наличие функциональных неврологических (псевдоневрологических) симптомов наиболее характерно:

1. для гипервентиляционных приступов;

2. для вегетативных кризов;

3. для парциальных сложных припадков;

4. для демонстративных припадков;

5. для гипогликемических приступов;

6. для феохромоцитомы.

17. Эффект антидепрессантов при вегетативных кризах обычно наступает:

1. немедленно;

2. через 3 дня;

3. через 1-2 нед.;

4. через 2-4 нед.;

5. через 1 мес..

18. Для синдрома рефлекторной симпатической дистрофии характерны:

1. снижение активности симпатической нервной системы;

2. снижение активности парасимпатической нервной системы;

3. диффузное повышение активности симпатической нервной системы;

4. регионарное повышение активности симпатической нервной системы;

5. верно 1 и 2;

6. верно 3 и 4.

19. Для развернутой (дистрофической) стадии рефлекторной симпатической дистрофии характерны:

1. побледнение кожных покровов;

2. понижение температуры конечности;

3. гипергидроз;

4. отек конечности;

5. все перечисленное;

6. верно 1, 2 и 4.

20. Наиболее эффективным методом лечения рефлекторной симпатической дистрофии является:

1. применение адреноблокаторов;

2. кортикостероидная терапия;

3. блокада регионарных симпатических узлов;

4. применение капсаицина;

5. иглорефлексотерапия;

6. физиотерапия.

21. Синдром периферической вегетативной недостаточности не характерен:

1. для диабетической полиневропатии;

2. для алкогольной полиневропатии;

3. для острой перемежающейся порфирии;

4. для амилоидной полиневропатии;

5. для герпетической ганглиопатии;

6. для множественной системной атрофии.

22. Тазовые расстройства не характерны:

1. для рассеянного склероза;

2. для оливопонтоцеребеллярной атрофии;

3. для болезни Паркинсона;

4. для бокового амиотрофического склероза;

5. для мультисистемной атрофии;

6. все перечисленное неверно.

23. Преобладающим типом нарушения мочеиспускания при периферической вегетативной недостаточности является:

1. нарушение накопления мочи;

2. нарушение опорожнения мочевого пузыря;

3. императивные позывы на мочеиспускание;

4. периодическое недержание;

5. все перечисленное;

6. ничего из перечисленного.

24. При нарушении опорожнения мочевого пузыря применяют:

1. прием Креде;

2. периодическую катетеризацию;

3. холиномиметики;

3. β-адреноблокаторы;

4. α-адреноблокаторы

5. все перечисленное;

6.верно 1, 2 и 3.

25. Причиной рефлекторной симпатической дистрофии может являться:

1. травма мягких тканей;

2. травма периферических нервов;

3. инфаркт миокарда;

4. боковой амиотрофический склероз;

5. верно 1, 2 и 3;

6. все перечисленное.

26. Вариантом рефлекторной симпатической дистрофии является:

1. синдром Персонейджа-Тернера (невралгическаяамиотрофия);

2. синдром Стейнброкера (плечо-кисть);

3. синдром «замороженного плеча»;

4. задний шейный симпатический синдром;

5. все перечисленное;

6. ничего из перечисленного.

27. При невропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны:

1. антидепрессанты;

2. антиконвульсанты;

3. нестероидные противовоспалительные препараты;

4. симпатолитики;

5. верно 1 и 2;

6. ничего из перечисленного.

28. При невропатических болях жгучего характера наиболее эффективны:

1. антидепрессанты;

2. антиконвульсанты;

3. нестероидные противовоспалительные препараты;

4. симпатолитики;

5. верно 1 и 2;

6. ничего из перечисленного.

29. Для уменьшения боли при синдроме рефлекторной симпатической дистрофии применяются:

1. антидепрессанты;

2. антиконвульсанты;

3. блокаторы кальциевых каналов;

4. симпатолитики;

5. верно 1 и 4;

6. все перечисленные препараты.

30. Признаками синдрома неадекватной (повышенной) секреции АДГ являются:

1. гипернатриемия;

2. гипонатриемия;

3. гипоосмолярность крови;

4. гиперосмолярность крови;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

31. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 10-25 лет являются:

1. неврозы;

2. травмы;

3. опухоли;

4. менингиты;

5. энцефалиты;

6. церебральные кровоизлияния.

32. Наиболее частой причиной гипоталамического синдрома в возрасте 25-50 лет являются:

1. церебральные кровоизлияния;

2. травмы;

3. опухоли;

4. воспалительные заболевания ЦНС;

5. энцефалопатия Гайе-Вернике;

6. ничего из перечисленного.

33. Критерием диагностики гипоталамического синдрома является наличие:

1. нейроэндокринных расстройств;

2. нейрометаболических расстройств;

3. нейромышечных расстройств;

4. мотивационно-поведенческих расстройств;

5. верно 1, 2 и 4;

6. всего перечисленного.

34. Отличительными признаками церебрального ожирения от идиопатического (экзогенно-конституционального) ожирения являются:

1. андроидный характер распределения жировой ткани;

2. гиноидный характер распределения жировой ткани;

3. нарушения менструального цикла и гипогонадизм;

4. гиперфагическая реакция на стресс;

5. все перечисленные;

6. ничего из перечисленного.

35. Наиболее частой причиной одностороннего феномена Рейно является:

1. синдром верхней апертуры грудной клетки;

2. синдром запястного канала;

3. шейная радикулопатия;

4. спондилогенная цервикальная миелопатия;

5. синдром подключичного обкрадывания.

36. Патогномоничным признаком гипоталамического синдрома являются:

1. вегетативные кризы;

2. нарушения терморегуляции;

3. мотивационно-поведенческие расстройства;

4. нарушения активации на ЭЭГ;

5. полигландулярная недостаточность;

6. все перечисленное неверно.

37. Птоз при синдроме Горнера уменьшается:

1. при повторных движениях глаз;

2. при взгляде вверх;

3. при закапывании в глаз атропина;

4. при закапывании в глаз мезатона;

5. при всем перечисленном.

38. При нарушении накопления мочи не назначают:

1. холинолитики;

2. антихолинэстеразные средства;

3. миорелаксанты (баклофен);

4. трициклические антидепрессанты;

5. транквилизаторы;

6. все перечисленное неверно.

39. Причиной гиперпролактинемии (персистирующейгалактореи-аменореи) может явиться:

1. аденома гипофиза;

2. краниофарингиома;

3. инсульт;

4. дегенерация аркуатногодофаминергического пути;

5. нейролептическая терапия;

6. все перечисленное.

40. При сочетании двустороннего птоза со снижением болевой чувствительности и рефлексов на руках в первую очередь следует исключить:

1. полиневропатию;

2. внутричерепную опухоль;

3. миастению;

4. интрамедуллярную опухоль шейного отдела спинного мозга;

5. боковой амиотрофический склероз.

41. Симптом Аргайла-Робертсона наблюдается:

1. при рассеянном склерозе;

2. при синдроме Парино;

3. при нейросифилисе;

4. при сахарном диабете;

5. при алкоголизме;

6. при всем перечисленном.

42. На ранней стадии синдрома Эйди обычно наблюдается:

1. одностороннее расширение зрачка;

2. одностороннее сужение зрачка;

3. односторонний птоз;

4. двустороннее расширение зрачка;

5. двустороннее сужение зрачка;

6. двусторонний птоз.

43. Причиной синдрома Горнера с феноменом денервационной гиперчувствительности могут быть все перечисленные заболевания:

1. опухоли основания черепа;

2. синдрома Панкоста;

3. воспаление кавернозного синуса;

4. опухоли орбиты;

5. диабетической дистальной полиневропатии.

44. Причиной синдрома Горнера без денервационной гиперчувствительности могут быть все перечисленные заболевания, за исключением:

1. верхушечной карциномы легкого;

2. шейного ребра;

3. рака щитовидной железы;

4. воспалительных заболеваний орбиты;

5. метастазов в лимфатические узлы средостения.

45. Наиболее частой причиной односторонних болей в лице, сопровождающихся выраженной вегетативной симптоматикой, являются:

1. носоресничная невралгия;

2. крылонёбная невралгия;

3. невралгия большого каменистого нерва;

4. пучковые (кластерные) головные боли;

5. невралгия тройничного нерва;

6. каротидиния.

46. При ботулизме наиболее часто наблюдаются следующие вегетативные симптомы:

1. нарушение реакции зрачков на свет;

2. нарушение аккомодации;

3. гиперсаливация;

4. снижение перистальтики кишечника;

5. верно 1, 2 и 3;

6. верно 2 и 4.

47. Гипервентиляционная проба для подтверждения диагноза нейрогенной тетании проводится обычно в течение:

1. 30 с;

2. 1 мин;

3. 2 мин;

4. 3 мин;

5. 5 мин.

48. Критерием положительной гипервентиляционной пробы является:

1. возникновение предобморочного состояния;

2. появление дрожи;

3. появление страха;

4. воспроизведение имеющихся у больных симптомов;

5. появление положительного симптома Хвостека;

6. снижение концентрации углекислого газа в альвеолярном воздухе.

49. Для гипервентиляционного синдрома характерны онемение и парестезии:

1. в дистальных отделах рук;

2. в дистальных отделах ног;

3. в периоральной области;

4. в шейно-затылочной области;

5. во всех перечисленных областях;

6. верно 1, 2 и 3.

50. Назовите среднюю суточную дозу трициклических антидепрессантов, оказывающую эффект при вегетативных кризах:

1. 12,5-25 мг;

2. 25-50 мг;

3. 50-100 мг;

4. 100-150 мг;

5. 150-300 мг.

51. Назовите среднюю суточную дозу клоназепама, подавляющую вегетативные кризы:

1. 0,5 мг;

2. 1 мг;

3. 2 мг;

4. 6 мг;

5. 8 мг.

52. Для периферической вегетативной недостаточности при сахарном диабете характерны все проявления, кроме:

1. ортостатической гипотензии;

2. артериальной гипертензии в положении лежа;

3. ночных поносов;

4. запоров;

5. повышенной реакции на гипогликемию;

6. ангидроза.

53. Для нейрогенной импотенции при сахарном диабете в отличие от психогенной импотенции характерно:

1. острое начало;

2. снижение либидо;

3. отсутствие утренних эрекций;

4. преждевременная эякуляция;

5. все перечисленное.

54. Нейрогеннаяостеоартропатия (сустав Шарко) при сахарном диабете наиболее часто возникает:

1. в плюснефаланговых суставах;

2. в предплюсне-плюсневых суставах;

3. в голеностопных суставах;

4. в коленных суставах;

5. в локтевых суставах.

55. Сегментарный аппарат симпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов:

1. С5-С8;

2. Т1-Т8;

3. С8-L2;

4. L2-S5.

56. Спинальный сегментарный аппарат парасимпатического отдела вегетативной нервной системы представлен нейронами боковых рогов на уровне сегментов:

1. С2-С5;

2. С6-Т2;

3. Т5-Т8;

4. Т10-L1;

5. L2-L5;

6. S2-S5.

57. Цилиоспинальный центр расположен в боковых рогах спинного мозга на уровне сегментов:

1. С6-С7;

2. С7-С8;

3. С8-Т2;

4. Т3-Т4.

58. В норме учащение пульса при исследовании вегетативных рефлексов вызывает проба:

1. Ашнера (глазосердечный рефлекс);

2. клиностатическая;

3. ортостатическая;

4. шейно-сердечная (синокаротидный рефлекс).

59. Ведущим вазомоторным фактором алгической стадии приступа мигрени считается:

1. спазм артерий вертебробазилярной системы:

2. спазм артерий в системе наружной сонной артерии;

3. спазм артерий в системе внутренней сонной артерии;

4. дилатация ветвей внутренней сонной артерии;

6. дилатация ветвей наружной сонной артерии.

60. Приступ ассоциированной мигрени от других форм мигрени отличает наличие:

1. предвестников;

2. двусторонней локализации боли в височной области;

3. рвоты на высоте приступа;

4. преходящих очаговых неврологических симптомов;

5. обильного мочеиспускания в конце приступа.

61. Продолжительность приступа больше при следующей форме мигрени:

1. классической (офтальмической);

2. ассоциированной;

3. простой;

4. ретинальной;

5. различий в продолжительности приступа нет.

62. Для ауры классической (офтальмической) мигрени характерно:

1. расходящееся косоглазие;

2. сходящееся косоглазие;

3. птоз;

4. «мерцающие» скотомы;

5. нистагм.

63. Приступы связанной с месячным циклом «менструальной» мигрени чаще бывают:

1. в течение предшествующей менструации недели;

2. в первые дни менструации;

3. в последние дни менструации;

4. сразу после окончания менструации;

5. в любой из указанных периодов.

64. Пучковая (кластерная) головная боль:

1. чаще бывает у мужчин;

2. чаще бывает у женщин;

3. приступ обычно бывает ночью;

4. приступ обычно бывает днем;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

65. При лечении хронической пароксизмальной гемикрании наиболее эффективен:

1. аспирин;

2. индометацин;

3. эрготамин;

4. анаприлин;

5. резерпин.

66. Синдром акромегалии является результатом гиперпродукции в гипофизе:

1. адренокортикотропного гормона;

2. гонадотропного гормона;

3. соматотропного гормона;

4. тиреотропного гормона;

5. пролактина.

67. Лечение несахарного диабета включает:

1. тиреотропные гормоны;

2. адиурекрин;

3. гормоны коры надпочечников;

4. инсулин;

5. все перечисленное.

68. При нейрогенном гипервентиляционном синдроме изменение паттерна дыхания характеризуется:

1. учащением дыхания;

2. углублением дыхания;

3. увеличением отношения выдох/вдох;

4. уменьшением отношения выдох/вдох;

5. верно 1 и 4;

6.верно 2 и 3.

69. При нейрогенном гипервентиляционном синдроме изменение кислотно-щелочного состояния характеризуется:

1. Повышением парциального давления углекислого газа в альвеолярном воздухе;

2. Понижением парциального давления углекислого газа в альвеолярном воздухе;

3. Повышением напряжения углекислоты в артериальной крови;

4. Понижением напряжения углекислоты в артериальной крови;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

70. Электролитный дисбаланс при нейрогенном гипервентиляционном синдроме проявляется:

1. гипокалиемией;

2. гипокальциемией;

3. гипонатриемией;

4. гипохлоремией;

5. всем перечисленным.

71. Субъективным симптомом нейрогенного гипервентиляционного синдрома является ощущение:

1. нехватки воздуха;

2. «пустого» (бесполезного) вдоха;

3. препятствия («кома») в горле;

4. всего перечисленного;

5. верно 1 и 2;

6. верно 2 и 3.

72. Нейротрансмиттером в терминалях симпатических преганглионарных нейронов является:

1. ацетилхолин;

2. адреналин;

3. норадреналин;

4. дофамин;

5. серотонин.

73. Нейротрансмиттером в терминалях симпатических постганглионарных нейронов является:

1. адреналин;

2. норадреналин;

3. ацетилхолин;

4. дофамин;

5. серотонин.

74. Тахикардия в покое (90-100 уд./мин) у больных с прогрессирующей вегетативной недостаточностью обусловлена:

1. усилением симпатических влияний на сердце;

2. ослаблением симпатических влияний на сердце;

3. усилением парасимпатических влияний на сердце;

4. ослаблением парасимпатических влияний на сердце.

75. Эритромелалгия характеризуется болями и отечностью дистальных отделов конечностей, что обусловлено:

1. тромбозом периферических артерий;

2. тромбозом периферических вен;

3. спазмом периферических артерий;

4. дилатацией периферических артерий;

5. дистальным лимфостазом.

76. Для синдрома поражения звездчатого узла характерны:

1. жгучие боли в области шеи, руки и нижней трети лица;

2. нарушение ритма сердечных сокращений;

3. нарушения трофики кожи шеи, руки и лица на стороне поражения;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 3.

77. Для заднего шейного симпатического синдрома характерно сочетание:

1. односторонней пульсирующей головной боли с кохлеовестибулярными нарушениями;

2. головной боли в затылочной области с корешковыми чувствительными расстройствами по ульнарной поверхности руки;

3. жгучих болей в надключичной области с приступами мышечной слабости в руке;

4. всего перечисленного.

78. Гемианоптический дефект поля зрения при ауре офтальмической мигрени наступает в результате дисциркуляции в области:

1. сетчатой оболочки глаза;

2. зрительного тракта;

3. лучистого венца;

4. коры затылочной доли;

5. в любой из перечисленных областей.

79. Для врожденного синдрома Горнера характерны:

1. ускоренная реакция зрачка на свет на стороне поражения;

2. сочетание птоза, миоза, энофтальма с ангидрозом на стороне поражения;

3. гетерохромия радужки;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

80. Феномен денервационной гиперчувствительности сосудов у больных с идиопатической ортостатической гипотензией обусловлен:

1. увеличением числа рецепторов периферических сосудов без изменения их сродства к медиатору;

2. нарушением процесса обратного захвата медиатора;

3. нарушением барорефлекса;

4. верно 1 и 2.

**РАЗДЕЛ VIII.**

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. Основными задачами медицинской генетики является изучение:

1. Законов наследственности и изменчивости человеческого организма;

2. Популяционной статистики наследственных заболеваний;

3. Молекулярных и биохимических аспектов наследственности;

4. Изменения наследственности под воздействием факторов окружающей среды;

5. Всего перечисленного;

6. Верно 1 и 2.

2. Доминантный признак по закону Менделя проявится при скрещивании во втором поколении с частотой:

1. 1:1;

2. 2:1;

3. 3:1;

4. 4:1;

5. 5:1.

3. Доминантный ген – это ген, действие которого:

1. Выявляется в гетерозиготном состоянии;

2. Выявляется в гомозиготном состоянии;

3. Выявляется в гетеро- и гомозиготном состоянии;

4. Неверно все из перечисленного.

4. Генотип организма представляет собой систему взаимодействия генов, при которой наследственные признаки формируются путем участия:

1. Одного гена в определении одного признака;

2. Одного гена в определении многих признаков;

3. Многих генов в определении одного признака;

4. Верно 1 и 3;

5. Верно все перечисленное.

5. Пробандом называют:

1. Здорового носителя мутантного гена;

2. Больного носителя мутантного гена;

3. Здорового родителя больного с признаками наследственного заболевания;

4. Ребенка, больного наследственным заболеванием.

6. Сибсом называют:

1. Здорового родителя больного наследственным заболеванием;

2. Ребенка больного наследственным заболеванием;

3. Родного брата или сестру (но не близнецов) больного наследственным заболеванием;

4. Верно 1 и 3;

5. Верно 2 и 3.

7. Фенотип – это совокупность признаков и свойств организма, проявление которых обусловлено:

1. Действием доминантного гена;

2. Действием рецессивного гена;

3. Взаимодействием генотипа с факторами среды;

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 2 и 3.

8. Кариотип – это совокупность особенностей хромосомного набора (комплекса) клетки, определяющаяся:

1. Числом половых хромосом;

2. Формой хромосом;

3. Структурой хромосом;

4. Всем перечисленным;

5. Верно 1 и 2.

9. Аутосомно-доминантный тип наследования отличается:

1. Преимущественным поражением лиц мужского пола;

2. Преобладанием в поколении больных членов семьи;

3. Проявлением патологического наследуемого признака во всех поколениях без пропуска;

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 2 и 3.

10. Аутосомно-рецессивный тип наследования отличается тем, что:

1. Соотношение здоровых и больных членов семьи рано 1:1;

2. Заболевание не связано с кровным родством;

3. Родители первого выявленного больного клинически здоровы;

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 2 и 3.

11. Рецессивный тип наследования, связанный с Х-хромосомой (сцепленный с полом), отличается тем, что:

1. Соотношение больных мужчин в каждом поколении равно 2:1;

2. Заболевают только мужчины;

3. Заболевают только женщины;

4. Признаки болезни обязательно находят у матери пробанда;

5. Неверно все перечисленное.

12. Причиной хромосомных заболеваний могут быть:

1. Изменения числа хромосом;

2. Изменения размера хромосом;

3. Нарушения структуры хромосом;

4. Влияние факторов внешней среды;

5. Верно 1, 2 и 3;

6. Все перечисленное.

13. Фенотипическими признаками хромосомных болезней являются:

1. Нарушения психического развития;

2. Нарушения физического развития;

3. Множественные пороки развития;

4. Все перечисленные.

14. Индуцированный мутагенез вызывают следующие факторы:

1. Ультрафиолетовое излучение;

2. Проникающая радиация;

3. Химические вещества;

4. Вирусы;

5. Все перечисленные факторы;

5. Верно 2 и 4.

15. В основу классификации наследственных болезней, учитывающей их генетическую природу, положены особенности:

1. Генных мутаций;

2. Хромосомных мутаций;

3. Количественных изменений хромосом;

4. Верно 1 и 3;

5. Все перечисленное.

16. Основным биохимическим признаком фенилкетонурии является повышение содержания:

1. Ванилиминдальной кислоты;

2. Диоксифенилуксусной кислоты;

3. Дигидроксифенилэтанола;

4. Фенилпировиноградной кислоты;

5. Всего перечисленного;

6. Верно 2 и 3.

17. Для клинических проявлений гликогеновой миопатии (болезни Мак-Ардля) характерно наличие:

1. Болезненных спазмов в мышцах;

2. Патологической мышечной утомляемости;

3. Псевдогипертрофии мышц голеней;

4. Верно 1 и 2;

5. Всего перечисленного.

18. При поздней форме амавротическойидиотииКуфса у взрослых наблюдают:

1. Глухоту;

2. Эпилептические припадки;

3. Экстрапирамидные нарушения;

4. Мозжечковые нарушения;

5. Верно 1 и 2;

6. Все перечисленное.

19. Для болезни Дауна характерно сочетание следующих признаков:

1. Округлый череп, готическое нёбо, синдактилия, гипотония мышц;

2. Долихоцефалия, расщепление нёба, арахнодактилия, гипертонус мышц;

3. Краниостенотический череп, заячья губа, наличие шестого пальца, хореоатетоз;

4. Наблюдается сочетание любых перечисленных признаков.

20. Поражение нервной системы при лейкодистрофии происходит в результате:

1. Избыточного накопления липидов в нервных клетках;

2. Утраты липидов нервными клетками;

3. Распада липидов миелина и накопления продуктов распада в ЦНС;

4. Всего перечисленного;

5. Верно 1 и 3.

21. Для порфирии является характерным наличие:

1. Абдоминальных болей;

2. Синдрома полиневропатии;

3. Порфобилиногена в моче;

4. Всего перечисленного;

5. Верно 1 и 3.

22. Прогрессирующие мышечные дистрофии обусловлены поражением:

1. Цереброспинальных пирамидных путей;

2. Мотонейронов передних рогов спинного мозга;

3. Периферического двигательного нейрона;

4. Верно 2 и 3;

5. Всего перечисленного;

6. Ничего из перечисленного.

23. Спинальная амиотрофия Верднига-Гофмана наследуется:

1. По аутосомно-доминантному типу;

2. По аутосомно-рецессивному типу

3. По рецессивному типу, сцепленному с полом (Х-хромосома);

4. По доминантному типу, сцепленному с полом;

5. Верно 1 и 4.

24. Изменение контура ног по типу «опрокинутой бутылки» обусловлена изменением

массы мышц:

1.При амиотрофии Шарко- Мари-Тута;

2. При мышечной дистрофии Эрба;

3.При мышечной дистрофии Беккера-Кинера;

4. При амиотропии Кугельберга-Веландер.

25. Амиотрофия Шарко-Мари-Тута обусловлена первичным поражением:

1. Передних рогов спинного мозга;

2. Периферических двигательных нервов;

3. Мышц дистальных отделов конечностей;

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 2 и 3.

26. Тип наследования при амиотрофии Шарко-Мари-Тута характеризуется как:

1. Аутосомно-доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Сцепленный с полом (через Х-хромосому);

4. Верно все перечисленное.

27. Прогрессирующая мышечная дистрофия Ландузи-Дежерина наследуется:

1. По аутосомно-доминантному типу;

2. По аутосомно-рецессивному типу;

3. По рецессивному типу, сцепленному с полом( через Х-хромосому);

4. По всем перечисленным типам.

28. Псевдогипертрофии наблюдают при следующих формах мышечной дистрофии:

1. Тип Дюшенна;

2. Тип Беккера-Кинера;

3. Тип Ландузи-Дежерина;

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 1 и 3.

29. Тип наследования при миотонии Томсена характеризуется как:

1. Аутосомно-доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Сцепленный с полом (через Х-хромосому);

4. Верно 1 и 2;

5. Ничего из перечисленного.

30. При атрофической миотонии преобладает слабость мышц:

1. Головы и шеи;

2. Проксимальных отделов конечностей;

3. Дистальных отделов конечностей;

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 1 и3.

31. Тип наследования при атрофической миотонии Штейнерта- Баттена характеризуется

как:

1. Аутосомно-доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Сцепленный с полом (через Х-хромосому);

4. Верно 1 и 2;

5. Ничего из перечисленного.

32. Тип наследования при гиперкалиемическом периодическом параличе характеризуется как:

1. Аутосомно-доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Сцепленный с полом ( через Х-хромосому);

4. Все перечисленное.

33. Тип наследования при гипокалиемическом периодическом параличе характеризуется как:

1. Аутосомно-доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Сцепленный с полом (через Х-хромосому);

4. Все перечисленное.

34. Нарушения медно-белкового обмена при гепатоцеребральной дистрофии Вильсона-Коновалова (гепатолентикулярной дегенерации) обусловлены дефектом гена церулоплазмина следующей хромосомы:

1. 10-й;

2. 9-й;

3. 13-й;

4. 2-й;

5. 7-й.

35. Для синдрома Шегрена-Ларсена характерны:

1. Недостаточность слезно- и слюно-отделения;

2. Ихтиоз с преимущественным поражением сгибательных поверхностей;

3. Психические нарушения;

4. Спастический тетрапарез;

5. Все перечисленное;

6. Верно 1 и 2.

36. При дрожательной и дрожательно-ригидной форме гепатолентикулярной дегенерации преобладает тремор:

1. Покоя в кистях;

2. Интенционный в руках;

3. «Хлопающий» («взмах крыльев») в руках;

4. Статодинамический в туловище;

5. Верно 1 и 2;

6. Верно 3 и 4.

37. Тип наследования при гепатолентикулярной дегенерации характеризуется как:

1. Аутосомно- доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Рецессивный, сцепленный с полом(через Х-хромосому);

4. Все перечисленное.

38. Приступ пароксизмальной миоплегии при гипокалиемической форме болезни Вестфаля-Шахновича обычно возникает:

1. Во время тяжелой физической нагрузки;

2. Сразу после тяжелой физической нагрузки;

3. В состоянии полного покоя днем;

4. Во время ночного сна;

5. Во всех перечисленных состояниях.

39. Приступ миоплегии при гиперкалиемической (болезнь Гамсторп) и нормокалиемической форме (болезнь Посканцера и Керра) обычно возникает:

1. Во время тяжелой физической нагрузки;

2. Вовремя отдыха после физической нагрузки;

3. В состоянии покоя днем;

4. Во время ночного сна;

5. Верно 1 и 4;

6. Верно 2 и 3.

40. Тип наследования при болезни (хорее) Гентингтона характеризуется как;

1. Аутосомно-доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Рецессивный, сцепленный с полом(через Х-хромосому);

4. Все перечисленное.

41. Клиническая картина типичной болезни (хореи) Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает:

1. Пластическую экстрапирамидную ригидность;

2. Симптом «зубчатого колеса»;

3. Акинезию;

4. Гипомимию;

5.Деменцию.

42. Нейрохимические изменения в подкорковых ядрах при болезни Паркинсона характеризуются следующими изменениями моноаминов мозга:

1. Уменьшением дофамина;

2. Увеличением содержания ацетилхолина;

3. Снижением содержания норадреналина;

4. Всем перечисленным;

5. Верно 1 и 3.

43. Болезнь Паркинсона проявляется следующими синдромами:

1. Хореоатетоидным;

2. Акинетико-ригидным;

3. Вестибуломозжечковым;

4. Денторубральным;

5. Гиперэксплексией.

44. Тип наследования при синдроме Шегрена-Ларсена характеризуется как:

1. Аутосомно- доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Рецессивный, сцепленный с полом(черезХ-хромосому);

4. Верно все перечисленное.

45. При наследственном эссенциальном дрожании тремор обычно имеет следующий характер:

1. Тремор покоя;

2. Интенционный;

3. Статодинамический (акционный);

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 2 и 3.

46. Достаточными клиническими признаками в диагностике сирингомиелии являются:

1. Сегментарные диссоциированные нарушения чувствительности;

2. Наличие дизрафических черт строения опорно- двигательного аппарата;

3. Прогрессирующая атрофия мышц в участках,соответствующих сегментарным нарушениям чувствительности;

4. Нижний спастический парапарез;

5. Все перечисленное;

6. Верно 1 и 2.

47. При лечении болезни Паркинсона ДОФА-содержащими средствами неврологические побочные симптомы проявляются:

1. Судорожные синдромы;

2. Вестибулярные расстройства;

3. Хореоатетоидный гиперкинез;

4. Горизонтальный нистагм;

5. Гиперэксплексия.

48. При лечении болезни Паркинсона холинолитиками (циклодол, норакин) побочные симптомы проявляются:

1. Затуманиванием зрения;

2. Двоением в глазах;

3. Слюнотечением;

4. Сухостью во рту;

5. Верно 1 и 4;

6. Верно 2 и 3.

49. Для переднероговой формы сирингомиелии характерны:

1. Нарушения проприоцептивной чувствительности;

2. Спастические парезы;

3. Диссоциированный тип нарушений чувствительности;

4. Сенситивная атаксия;

5. Верно 3 и 4;

6. Ничего из перечисленного.

50. Лечение холинолитиками болезни Паркинсона следует проводить с осторожностью при заболевании:

1. Щитовидной железы;

2. Вилочковой железы;

3. Поджелудочной железы;

4. Предстательной железы;

5. При всех перечисленных заболеваниях.

51. Синдром Клиппеля-Фейля характеризуется на рентгенограмме черепа и шейного отдела позвоночника признаками:

1. Краниостеноза;

2. Платибазии;

3. Остеопороза турецкого седла;

4. Выступанием зуба II шейного позвонка в область проекции задней черепной ямки;

5. Срастанием нескольких шейных позвонков.

52. Аномалией Арнольда-Киари называется патология , при которой имеется:

1. Сращения шейных позвонков;

2. Сращение I шейного позвонка с затылочной костью;

3. Смещение вниз миндаликов мозжечка;

4. Расщепление дужки I шейного позвонка;

5. Все перечисленное.

53. Наиболее информативными методами исследования при врожденной аномалии мозга Денди-Уокера являются:

1. Вентрикулография;

2. Компьютерная томография мозга;

3. Миелография;

4. Рентгенография краниовертебрального перехода;

5. Все перечисленное;

6. Верно 1 и 2.

54. Клиническая картина врожденной юношеской торсионной дистонии (форма Сегавы) отличается наличием:

1. Вестибуломозжечкового синдрома;

2. Акинетико-ригидного синдрома;

3. Синдрома сенситивнойатаксии;

4. Пирамидно-мозжечкового синдрома;

5. Всего перечисленного.

55. Клиническая картина ювенильной формы и формы Вестфаля при хорее Гентингтона, кроме хореического гиперкинеза, включает:

1. Экстрапирамидную ригидность;

2. Акинезию;

3. Тремор покоя;

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 2 и 3.

56. При лечении типичной формы болезни Гентингтона обычно применяют:

1. ДОФА-содержащие препараты;

2. Нейролептики;

3. Агонисты дофаминовых рецепторов;

4. Антихолинергические препараты;

5. Верно 1 и 4;

6. Верно 2, 3 и 4.

57. Мозжечковую диссинергию Ханта от миоклонус-эпилепсии Унферрихта-Лундборга отличает:

1. Наличие мозжечковых симптомов;

2. Отсутствие пирамидных симптомов;

3. Отсутствие экстрапирамидных симптомов;

4. Отсутствие нарушений глубокой чувствительности;

5. Все перечисленное.

58. Клиническая картина миоклонус-эпилепсии Унферрихта-Лундборга, кроме характерных миоклоний и судорожных приступов, включает:

1. Пирамидную спастичность;

2. Экстрапирамидную ригидность;

3. Снижение интеллекта;

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 2 и 3.

59. Миоклонические гиперкинезы при миоклонус-эпилепсии Унферрихта-Лундборга усиливаются:

1. При эмоциональном стрессе;

2. При внезапных сенсорных раздражениях;

3. При закрывании глаз;

4. Верно 1 и 2;

5. При всем перечисленном.

60. При болезни Фридрейха имеет место:

1. Рецессивный тип наследования;

2. Доминантный тип наследования;

3. Сцепленный с полом (через Х-хромосому);

4. Все перечисленное.

61. Среди спиноцеребеллярных атаксий болезнь Фридрейха отличается наличием:

1. Деформации стопы;

2. Дизрафическим статусом;

3. Поражением мышцы сердца;

4. Снижением или выпадением рефлексов;

5. Верно 1 и 4;

6. Всего перечисленного.

62. Мозжечковая атаксия Пьера Мари отличается от атаксии Фридрейха:

1. Наличием пирамидных патологических симптомов;

2. Наличием глазодвигательных нарушений;

3. Нарушением походки;

4. Верно 1 и 2;

5. Верно 2 и 3.

63. Для семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпелля) характерно поражение следующих спинальных анатомических структур:

1. Пирамидных путей;

2. Мозжечковых путей;

3. Клеток передних рогов;

4. Задних канатиков спинного мозга;

5. Верно 1 и 3.

64. Характерной чертой нижнего парапареза при семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпелля) является:

1. Преобладание слабости над спастичностью;

2. Преобладание спастичности над слабостью;

3. Преобладание мозжечковых симптомов над пирамидными;

4. Сочетание пирамидных симптомов с фибрилляцией мышц;

5. Сочетание пирамидных симптомов с сенситивной атаксией.

65. Тип наследственности при семейной спастической параплегии (болезни Штрюмпелля) характеризуется как:

1. Аутосомно-доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Рецессивный, сцепленный с полом (через Х-хромосому);

4. Все перечисленное;

5. Верно 1 и 2.

66. Нейрофибромы при болезни Реклингхаузена могут локализоваться:

1. На периферических нервах;

2. На корешках в спинномозговом канале;

3. Интракраниально на черепных нервах;

4. На любом из указанных участков.

67. Тип наследования нейрофиброматоза (болезни Реклингхаузена) характеризуется как:

1. Аутосомно- доминантный;

2. Аутосомно- рецессивный;

3. Рецессивный, сцепленный с полом (через Х-хромосому);

4. Верно 1 и 2;

5. Неверно все перечисленное.

68. Интракраниальный ангиоматоз при синдроме Стерджа-Вебера поражает:

1. Вещество мозга;

2. Твердую оболочку;

3. Мягкую оболочку;

4. Одинаково часто все перечисленные структуры.

69. Для подтверждения интракраниального поражения при энцефалотригеминальном ангиоматозе достаточно произвести:

1. ЭЭГ;

2. Пневмоэнцефалографию;

3. Реоэнцефалографию;

4. Рентгенокраниографию;

5. Транскраниальную допплерографию.

70. Тип наследования атаксии-телеангиэктазии (синдром Луи-Бар) характеризуется как;

1. Аутосомно-доминантный;

2. Аутосомно-рецессивный;

3. Рецессивный, сцепленный с полом (через Х-хромосому);

4. Все перечисленные.

**Раздел IX.**

**травмы нервной системы**

1.Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют:

1. Ушиб головного мозга легкой степени;

2. Сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы;

3. Сотрясение головного мозга тяжелой степени;

4. Сдавление головного мозга на фоне его ушиба.

2.Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется:

1. Длительными коматозными состояниями с момента травмы;

2. Развитием комы после «светлого» периода;

3. Отсутствием потерей сознания;

4. Кратковременной потерей сознания.

3. К открытой черепно-мозговой травме относится травма:

1. С ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза;

2. С повреждением апоневроза;

3. С переломом костей свода черепа;

4. С переломом костей основания черепа без ликвореи.

4. Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме:

1. Легкой открытой;

2. Легкой закрытой;

3. Открытой средней тяжести;

4. Закрытой средней тяжести.

5. Для внутричерепной гипертензии характерна головная боль:

1. Распирающего характера;

2. Распирающего характера с затылочной стороны;

3. Пульсирующего характера по всей голове;

4. Сдавливающего характера в лобно-теменной области.

6. Развитие гемипареза при черепно-мозговой травме свидетельствуют:

1. О внутричерепной гематоме;

2. Об ушибе мозга;

3. О переломе костей черепа;

4. Обо всем перечисленном;

5. Верно 1 и 2.

7. Тяжесть черепно-мозговой травмы определяется по глубине и продолжительности:

1. Амнезии;

2. Расстройства жизненно важных функций;

3. Гемипареза;

4. Всего перечисленного;

5. Верно 1 и 2.

8. Наиболее постоянными очаговыми симптомами при эпидуральной гематоме являются:

1. Расширение зрачка на стороне гематомы;

2. Расширение зрачка на противоположной стороне;

3. Гемипарез настороне гематомы;

4. Гемипарез на противоположной стороне;

5. Верно 1 и 4;

6. Верно 2 и 3.

9. Характерные диагностические признаки субдуральной гематомы получают:

1. При компьютерной томографии;

2. При ангиографии;

3. При эхоэнцефалографии;

4. При всем перечисленном;

5. Верно 1 и 3.

10. Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз:

1. Сотрясение мозга;

2. Субарахноидальное кровоизлияние;

3. Ушиб мозга;

4. Внутричерепная гематома.

11. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине:

1. Плавающего взора;

2. Горметонического синдрома;

3. Гиперкатоболического типа вегетативных функций;

4. Нарушения сознания;

5. Двусторонних пирамидных стопных знаков.

12. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены:

1. При люмбальной пункции;

2. При ангиографии;

3. При компьютерной томографии;

4. При всех перечисленныхметодах;

5. Верно 1 и 3.

13. Острая субдуральная гематома на компьютерной томограмме характеризуется зоной:

1. Гомогенного повышения плотности;

2. Гомогенного понижения плотности;

3. Неоднородного повышения плотности;

4. Отека мозга.

14. Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено:

1. Асимметричной гидроцефалией;

2. Сдавлением коры моторной области;

3. Ущемлением ствола в затылочной кости;

4. Сдавлением ножки мозга;

5. Верно 1 и 2.

15. Краниографические признаки острой травмы черепа характеризуется:

1. «Пальцевыми владениями»;

2. Усиленным сосудистым рисунком;

3. Увеличением глубины турецкого седла;

4. Остеопорозом затылочной кости и затылочного полукольца;

5. Ни одним из перечисленных признаков.

16. Проникающей называют черепно-мозговую травму;

1. При ушибленной ране мягких тканей;

2. При повреждении апоневроза;

3. При переломе костей свода черепа;

4. При повреждении твердой мозговой оболочки;

5. При всех перечисленных вариантах.

17.Необходимым условием начала лечения больного с тяжелой черепно-мозговой травмой является:

1. введение в вену кардиотонических средств;

2. введение в вену антигипертензивных средств;

3. освобождение дыхательных путей от инородных тел;

4. верно 1 и 2.

18. Церебральными осложнениями эпидуральной гематомы являются;

1. отек мозга;

2. компрессия мозга;

3. дислокация мозга;

4. нарушение ГЭБ;

5. все перечисленное;

6. верно 2 и 3.

19. Для коррекции метаболического ацидоза в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы показана внутривенная инфузия:

1. 5% раствора глюкозы;

2. 4% раствора бикарбоната натрия;

3. раствора поляризующей смеси;

4. любого из перечисленных растворов;

5. верно 1 и 2.

20. При комбинированной черепно- мозговой травме для лечения артериальной гипотензии в результате кровопотери предпочтение отдается назначению:

1. кардиотонических средств;

2. симпатомиметиков;

3. низкомолекулярных декстранов;

4. β- адренергических блокаторов;

5. осмотических диуретиков.

21. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются:

1. церебральная гипоксия;

2. реакция на боль;

3. поражение диэнцефально-мезэнцефальных структур;

4. все перечисленное.

22. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют:

1. осмотические диуретики;

2. глюкокортикоидные препараты;

3. барбитураты;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное.

23. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует выбрать:

1. гидрокортизон;

2. преднизолон;

3. дексаметазон;

4. кортизон;

5. верно 1 и 2.

24. Доя коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразнее назначить:

1. адреналин;

2. норадреналин;

3. метазон;

4. дофамин;

5. эфедрин.

25. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются:

1. ингибиторы МАО;

2. трициклические антидепрессанты;

3. бензодиазепиновые препараты;

4. барбитураты;

5. все перечисленные.

26. Посттравматическая порэнцефалия характеризуется наличием внутримозговых каналов, соединяющих желудочки мозга:

1. между собой;

2. с подпаутинным пространством;

3. с оболочечными кистами;

4. с внутримозговыми кистами;

5. все перечисленное;

6. верно 2, 3 и 4.

27. Гиперактивацию симпатико-адреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют:

1. нейролептиками;

2. антидепрессантами;

3. барбитуратами;

4. всем перечисленным;

5. верно 1 и 3.

28. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует назначать:

1. маннитол;

2. реополиглюкин;

3. полиглюкин;

4. альбумин;

5. 5% раствор глюкозы.

29 . Для коррекции дефицита антидиуретического гормона в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы назначают:

1. инсуффляции адиурекрина;

2. водный раствор питрессина;

3. масляную суспензию вазопрессина;

4. любой из перечисленных препаратов;

5. верно 1 и 2.

30. Для коррекции дефицита дофаминергической активности при выходе из острейшего периода тяжелой черепно-мозговой травмы (апаллический или акинетико-ригидный синдром) назначают:

1. L-ДОФА;

2. наком;

3. циклодол;

4. любой из перечисленных препаратов;

5. верно 1 и 2.

31. Для угнетения гиперактивации вестибуловегетативных рефлексов в остром периоде черепно-мозговой травмы назначают:

1. анаприлин;

2. белатаминал;

3. метоклопрамид;

4. все перечисленное;

5. верно 2 и 3.

32. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной снижением внутричерепного давления, назначают вливания:

1. 5% раствора глюкозы;

2. 0,75% раствора хлористого натрия;

3. дистиллированной воды;

4. любого из перечисленных средств;

5. верно 1 и 2.

33. Причиной внутричерепной гипотензии после черепно-мозговой травмы может быть:

1. снижение продукции цереброспинальной жидкости;

2. усиление всасывания цереброспинальной жидкости;

3. скрытая ликворея;

4. все перечисленное;

5. верно 1и 3.

34. Для лечения посттравматической головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией назначают:

1. центральные антигипертензивные средства;

2. осмотические диуретики;

3. диуретики петли нефрона;

4. верно 2 и 3;

5. все перечисленное.

35. Для диагностики посттравматической ринореи в отделяемом из носа необходимо исследовать:

1. белок;

2. цитоз;

3. сахар;

4. натрий;

5. хлориды.

36. Для диагностики посттравматической скрытой ликвореи необходимо произвести рентгенографию или компьютерную томографию головы после введения нерастворимого контрастного вещества:

1. в вену;

2. эндолюмбально;

3. в желудочки мозга;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

37. Посттравматическая вестибулопатия может быть результатом:

1. сосудистой дистонии;

2. повышения внутричерепного давления;

3. нарушения нейродинамики в стволовых структурах;

4. верно 1 и 2;

5. всего перечисленного.

38. При посттравматической вестибулопатии:

1. снижаются вестибуловегетативные реакции;

2. усиливаются вестибуловегетативные реакции;

3. снижается окуловестибулярная реакция;

4. усиливается окуловестибулярная реакция;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

39. Нестабильность шейного отдела позвоночника после сочетанной краниовертебральной травмы можно выявить с помощью:

1. магнитно-резонансной томографии;

2. компьютерной томографии;

3. латеральной функциональной рентгенографии;

4. нисходящей контрастной миелографии.

40. Посттравматическая нормотензивная гидроцефалия проявляется триадой симптомов:

1. головная боль, снижение памяти, дезориентированность;

2. головная боль, снижение зрения, атаксия;

3. нарушение походки, недержание мочи, деменция;

4. головокружение, астазия-абазия, сенсорная атаксия.

41. Для лечения посттравматической энцефалопатии с нарушением высших мозговых функций применяют:

1. психостимуляторы;

2. антидепрессанты;

3. дофаминергические средства;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное.

42. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:

1. спустя 3 дня после травмы;

2. спустя неделю после травмы;

3. в резидуальном периоде;

4. в любые сроки;

5. верно 2 и 3.

43. Если острая проникающая черепно-мозговая травма протекает с повышением температуры, необходимо исключить:

1. внутричерепное кровоизлияние;

2. гнойный менингит;

3. абсцесс мозга;

4. верно 2 и 3;

5. все перечисленное.

44. Психоэмоциональные посттравматические расстройства отличаются от психогенных невротических симптомокомплексов:

1. более стабильным течением;

2. преобладанием депрессивного симптомокомплекса;

3. преобладанием ипохондрического симптомокомплекса;

4. большей резистентностью к лечению психотропными средствами;

5. принципиальных отличий не существует.

45. Морфологическим субстратом остаточных явлений тяжелой черепно-мозговой травмы являются:

1. рубцово-спаечные изменения в оболочках;

2. паренхиматозные кисты;

3. разрастание глии в пораженных травмой участках;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

46. Наиболее часто патогенетическим фактором эпилептиформного синдрома после тяжелой черепно-мозговой травмы является нестабильное состояние:

1. паренхиматозной кисты;

2. оболочечной кисты;

3. коллагенового оболочечно-мозгового рубца;

4. верно 1 и 2;

5. всего перечисленного.

47. Эпилептиформный синдром при посттравматической эпилепсии проявляется первично-генерализованными судорогами при патологических очагах:

1. лобной доли;

2. теменной доли;

3. центральных извилин;

4. извилины Гешля;

5. височной доли.

48. Эпилептиформный синдром при посттравматической эпилепсии проявляется первично-генерализованными судорогами при патологических очагах:

1. в лобной доле;

2. в теменной доле;

3. в височной доле;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное.

49. При хронических посттравматических абсцессах мозга корково-подкорковой локализации в клинической картине преобладает:

1. наличие внутричерепной гипертензии;

2. общемозговая симптоматика;

3. эпилептиформный симптомокомплекс;

4. менингеальный синдром;

5. в равной мере все перечисленное.

50. Наиболее ранним проявлением гематомиелии травматического происхождения является наличие:

1. расстройств глубокой чувствительности;

2. синдрома Броун-Секара;

3. двигательных проводниковых нарушений;

4. диссоциированных расстройств чувствительности.

51. Нестабильность позвоночно-двигательного сегмента при позвоночно-спинномозговой травме возникает вследствие:

1. компрессии позвонков;

2. повреждение фиброзных колец межпозвонковых дисков;

3. повреждения желтых связок;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

52. При коммоции нервного ствола проводимость по нерву полностью восстанавливается не позднее:

1. 3 дней;

2. 3 нед.;

3. 3 мес.;

4. неверно все перечисленное.

53. При ушибе нервного ствола:

1. сохраняется анатомическая целостность нерва;

2. происходит полный перерыв нервного ствола;

3. происходит кровоизлияние в ствол нерва и отек окружающих тканей;

4. верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

54. Для сочетанного травматического повреждения нервного ствола и сосудов, питающих нерв, характерно:

1. отечность дистальных отделов конечности;

2. гиперемия дистальных отделов конечности;

3. понижение кожной температуры конечности;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

55. Каузалгический синдром наиболее часто встречается при ушибе:

1. срединного нерва;

2. локтевого нерва;

3. большеберцового нерва;

4. малоберцового нерва;

5. верно 1 и 2;

6. верно 1 и 3.

56. При травматическом параличе Дюшенна-Эрба страдает функция мышц:

1. дельтовидной и трехглавой плеча;

2. двуглавой и внутренней плечевой;

3. сгибателей кисти;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2;

6. верно 2 и 3.

57. При травматическом параличе Дежерин-Клюмпке нарушается чувствительность:

1. на наружной поверхности предплечья;

2. на внутренней поверхности кисти;

3. на внутренней поверхности плеча;

4. на наружной поверхности кисти;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

58. Скорость регенерации поврежденного аксона при травматическом разрыве нерва составляет:

1. 0,1 мм в сутки;

2. 1мм в сутки;

3. 10 мм в сутки;

4. 1мм в 10 дней.

59. Наиболееранним признаком регенерации аксона при травме периферического нерва является:

1. появление парастезий в зоне иннервации поврежденного нерва;

2. появление стойкого болевого синдрома в дистальных участках зоны, иннервируемой поврежденным нервом;

3. регресс трофических расстройств;

4. регресс болевого синдрома в дистальных отделах поврежденной конечности.

60. Для травматического разрыва проксимального отдела плечевого сплетения характерны:

1. паралич Дюшенна-Эрба;

2. гипотрофия зубчатой и ромбовой мышц;

3. паралич Дежерин-Клюмпке;

4. гипотрофия круглого пронатора;

5. верно 1 и 2;

6. верно 3 и 4.

61. Для неполного травматического перерыва нервного ствола характерны:

1. сочетание симптомов выпадения с симптомами раздражения в чувствительной сфере;

2. сосудистые расстройства в зоне иннервации;

3. выраженный болевой синдром;

4. вегетативно-трофические расстройства в зоне иннервации;

5. все перечисленное;

6. верно 1 и 2.

62. Для травматического разрыва лучевого нерва верхней трети плеча характерен паралич:

1. разгибателей предплечья;

2. разгибателей кисти;

3. мышцы, отводящей большой палец;

4. дельтовидной мышцы;

5. верно 1, 2 и 3;

6. верно 1, 2 и 4.

63. Для травматического разрыва лучевого нерва на уровне средней трети плеча характерны:

1. паралич разгибателей предплечья;

2. выпадение рефлекса с трехглавой мышцы плеча;

3. паралич разгибателей кисти;

4. нарушение чувствительности на внутренней поверхности плеча;

5. верно 1 и 3;

6. верно 1 и 4.

64. Основным признаком фантомного болевого синдрома является:

1. гипестезия в культе конечности;

2. ощущение боли в несуществующей части удаленной конечности;

3. отечность, цианоз культи конечности;

4. все перечисленное.

65. Для травматического разрыва локтевого нерва в нижней трети предплечья характерно:

1. нарушение сгибания кисти;

2. нарушения сгибания концевых фаланг IV и V пальцев кисти;

3. анестезия в зоне V пальца кисти;

4. атрофия межкостных мышц кисти;

5. верно 2 и 3;

6. верно 3 и 4.

66. Для травматического разрыва срединного нерва в средней трети предплечья характерны:

1. нарушение пронации кисти;

2. нарушение сгибания кисти;

3. нарушение суставно- мышечного чувства в концевой фаланге II пальца;

4. атрофия мышц возвышения большого пальца;

5. все перечисленное;

6. верно 3 и 4.

67. Для травматического разрыва бедренного нерва ниже пупартовой связки характерны:

1. паралич разгибателей голени;

2. выпадение коленного рефлекса;

3. атрофия четырехглавой мышцы бедра;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

68. Для травматического разрыва бедренного нерва выше пупартовой связки характерны:

1. гипестезия на передней поверхности бедра;

2. паралич сгибателей бедра;

3. паралич разгибателей голени;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2.

69. Для травматического ушиба седалищного нерва выше ягодичной складки характерны:

1. парез разгибателей голени;

2. выпадение ахиллова рефлекса;

3. выпадение коленного рефлекса;

4. паралич стопы и пальцев ног;

5. верно 1, 2 и 4;

6. верно 2, 3 и 4.

70. Для полного травматического разрыва периферического нерва характерны:

1. боль при перкуссии по ходу нерва ниже места повреждения;

2. парестезия в зоне иннервации поврежденного нерва;

3. вялый паралич и анестезия в зоне иннервации поврежденного нерва;

4. верно 1 и 3;

5. верно 2 и 3.

71. Для лечения каузалгии, вызванной ушибом периферического нерва, применяют:

1. антидепрессанты, нейролептики, симпатолитики;

2. блокады симпатическихганглиев, симпатэктомию;

3. тепловые согревающие процедуры;

4. все перечисленное;

5. верно 1 и 2;

6. верно 2 и 3.

72. Характерными признаками каузалгии являются:

1. интенсивные жгучие боли, не соответствующие зоне иннервации травмированного нерва

2. гипалгезия и парастезии в зоне иннервации травмированного нерва;

3. нестерпимая боль при давлении на нервный ствол;

4. все перечисленные;

5. верно 2 и 3.

73. При каузалгии эффективным методом физиотерапии является:

1. УВЧ на область локализации боли и сегментарно;

2. СМТ на область проекции симпатических узлов;

3. электрофорез новокаина на область повреждения;

4. грязевые аппликации невысокой температуры(370С)

5. все перечисленное;

6. верно 2 и 4.

**РАЗДЕЛ X.**

ОПУХОЛИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

1. ЭЭГ-признаками поверхностно расположенной супратенториальной опухоли является регистрация:

1. δ-волн в отведении с ограниченного участка;

2. δ-волн во всех полушарных отведениях;

3. δ-волн в симметричных участках обоих полушарий;

4. верно 1 и 2;

5. достоверных признаков не существует.

2. Для опухоли премоторной области лобной доли характерны:

1. гемипарез с преобладанием в ноге;

2. моторная афазия;

3. адверсивные эпилептические припадки;

4. атрофия зрительного нерва на стороне опухоли;

5. все перечисленное.

3. Ремиттирующее течение первичных опухолей спинного мозга определяется наиболее часто при их локализации:

1. в поясничном отделе;

2. в шейном отделе;

3. в области конского хвоста;

4. в грудном отделе.

4. Ремиттирующее течение спинальных опухолей наиболее часто наблюдается:

1. при ангиоретикулемах;

2. при глиомах;

3. при менингиомах;

4. при невриномах;

5. при эпендимомах

5. Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко-Крамера характерны:

1. боли в глазных яблоках;

2. светобоязнь;

3. кохлеовестибулярные расстройства;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное.

6. Среди первичных опухолей спинного мозга наиболее редко встречаются:

1. глиомы;

2. гемангиомы;

3. невриномы;

4. менингиомы.

7. Для спинальной опухоли эпидуральной локализации наиболее характерен:

1. корешковый синдром;

2. синдром ликворного толчка;

3. симптом «вклинения»;

4. симптом остистого отростка;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

8. Для интрамедуллярной спинальной опухоли наиболее характерно наличие:

1. сегментарного диссоциированного расстройства чувствительности;

2. корешковых болей положения;

3. ранней блокады субарахноидального пространства;

4. рентгенологического симптома Элсберга-Дайка.

9. Спондилография наименее информативна, если опухоль спинного мозга локализуется:

1. интрамедуллярно;

2. субдурально;

3. эпидурально;

4. эпидурально-экстравертебрально.

10. Экстрамедуллярные опухоли спинного мозга наиболее часто располагаются на его:

1. переднебоковой поверхности;

2. задней поверхности;

3. задней и заднебоковой поверхности;

4. передней поверхности.

11. Наиболее значительное повышение белка в ликворе наблюдается:

1. при интрамедуллярных опухолях шейного утолщения;

2. при экстрамедуллярных субдуральных опухолях грудного уровня;

3. при интрамедуллярных опухолях на уровне поясничного утолщения;

4. при опухолях конского хвоста;

5. при экстрамедуллярных субдуральных опухолях на уровне поясничного утолщения.

12. Наиболее часто эпилептические припадки наблюдаются:

1. при менингиомах;

2. при поверхностно расположенных астроцитомах;

3. при мультиформных глиобластомах;

4. ни при чем из перечисленного.

13. Опухолью передних отделов боковых желудочков наиболее часто является:

1. менингиома;

2. хориоидпапиллома;

3. эпендимома;

4. астроцитома.

14. Наиболее часто встречаются невриномы нерва:

1. зрительного;

2. тройничного;

3. слухового;

4. подъязычного;

5. добавочного.

15. Генерализованные эпилептиформные припадки чаще бывают при локализации опухоли в следующей доле мозга:

1. лобной;

2. височной;

3. теменной;

4. затылочной;

5. одинаково часто в любой из перечисленных.

16. Адверсивные судорожные приступы с насильственным поворотом головы в здоровую сторону чаще наступают при локализации опухоли в следующей доле мозга:

1. лобной;

2. теменной;

3. височной;

4. затылочной;

5. одинаково часто в любой из перечисленных.

17. Симптом корешковых болей положения наиболее характерен:

1. для эпидуральных неврином;

2. для субдуральных неврином;

3. для эпидуральных менингиом;

4. для субдуральных менингиом.

18. Дугообразная деструкция пирамиды височной кости и сопутствующие штриховые дугообразные петрификаты являются характерным рентгенологическим признаком:

1. невриномы слухового нерва;

2. холестеатомы мосто-мозжечкового угла;

3. невриномы тройничного нерва;

4. всех перечисленных новообразований.

19. Радиоизотопная γ-сцинтиграфия головы малоинформативна:

1. при арахноидэндотелиомах;

2. при менингосаркомах;

3. при доброкачественных глиомах;

4. при метастатических опухолях.

20. Эхоэнцефалоскопия наиболее информативна при локализации опухоли:

1. в височной доле;

2. в задней черепной ямке;

3. в стволе мозга;

4. в затылочной доле.

21. При отсутствии признаков интракраниальной гипертензии люмбальная пункция не противопоказана при подозрении на опухоль:

1. задней черепной ямки;

2. височной доли;

3. VIII нерва;

4. всего перечисленного.

22. Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении γ-сцинтиграфии характерен:

1. для менингиом;

2. для краниофарингиом;

3. для аденом гипофиза;

4. для неврином;

5. для астроцитом.

23. Опухоли спинного мозга наиболее часто локализуются:

1. интрамедуллярно;

2. эпидурально;

3. интрамедуллярно, субдурально;

4. одинаково часто при всех перечисленных локализациях.

24. Невринома VIII нерва отличается от других опухолей задней черепной ямки:

1. ранним развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома;

2. ранним снижением зрения;

3. побледнением дисков зрительных нервов;

4. выраженной белково-клеточной диссоциацией;

5. усилением симптомов при перемене положения головы.

25. При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют:

1. большие судорожные припадки;

2. абсансы;

3. зрительные галлюцинации;

4. верхнеквадрантная гемианопсия.

26. Гемианопсия при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения:

1. перекреста зрительных нервов;

2. зрительного тракта;

3. первичных зрительных центров;

4. путей в лучистом венце;

5. верно 2 и 4.

27. Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна:

1. моторная, сенсорная афазия;

2. сенсорная, амнестическая афазия;

3. моторная, семантическая афазия;

4. сенсорная афазия, аутотопоагнозия;

5. моторная афазия, аутотопоагнозия.

28. Дифференциальным признаком опухоли верхней теменной дольки является:

1. пирамидный гемипарез с преобладанием в руке;

2. контралатеральная гемигипалгезия;

3. контралатеральная болевая гемипарестезия;

4. контралатеральная гомонимная гемианопсия.

29. Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются:

1. двусторонний пирамидный парез в ногах;

2. нарушение координации;

3. астазия-абазия;

4. нарушения поведения;

5. битемпоральные дефекты поля зрения.

30. Отличительным признаком опухоли верхней теменной дольки является:

1. преобладание пареза в руке;

2. вялый характер пареза;

3. расстройства чувствительности по гемитипу;

4. боли в зоне расстройств чувствительности;

5. верно 1 и 2;

6. верно 3 и 4.

31. Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной дольки наступает:

1. моторная афазия;

2. сенсорная афазия;

3. семантическая афазия;

4. амнестическая афазия.

32. Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденом гипофиза следующего гистологического типа:

1. эозинофильных;

2. базофильных;

3. хромофобных;

4. для всех перечисленных типов в одинаковой степени.

33. Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны:

1. гомонимная гемианопсия;

2. биназальная гемианопсия;

3. битемпоральная гемианопсия;

4. все перечисленное.

34. К развитию акромегалии приводят аденомы гипофиза:

1. эозинофильные;

2. базофильные;

3. хромофобные;

4. любого гистологического типа из перечисленных.

35. Признаки акромегалии при аденоме гипофиза можно уменьшить:

1. бромидом натрия;

2. бромокриптином;

3. бромкамфорой;

4. любым из перечисленных препаратов;

5. ни одним из перечисленных препаратов.

36. Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают:

1. в аденоме гипофиза;

2. в краниофарингиоме;

3. в арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла;

4. в глиоме зрительного нерва.

37. Бурный асептический менингит наступает при прорыве и опорожнении кисты:

1. эозинофильной аденомы;

2. базофильной аденомы;

3. хромофобной аденомы;

4. краниофарингиномы.

38. Синдром Бурденко-Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь и слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен:

1. сдавлением структур передней черепной ямки при переднезаднем смещении мозга;

2. нарушением ликвороциркуляции при близости опухоли к средней линии;

3. общностью иннервации структур передней и задней черепной ямки;

4. всеми перечисленными факторами.

39. Битемпоральная гемианопсия при опухолях задней черепной ямки обусловлена:

1. компрессией хиазмы при переднезадней дислокации мозга;

2. гидроцефалией III желудочки;

3. нарушением кровообращения в хиазме;

4. всеми перечисленными факторами.

40. Вынужденное положение головы при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли:

1. мосто-мозжечкового угла;

2. IV желудочка;

3. червя мозжечка;

4. полушарий мозжечка;

5. одинаково часто при любой из указанных локализаций.

41. Синдрома Гертвига-Мажанди при субтенториальных опухолях реже наблюдается при опухоли:

1. червя мозжечка;

2. полушарий мозжечка;

3. мосто-мозжечкового угла;

4. варолиева моста;

5. одинаково при любой из указанных локализаций.

42. Синдром Гертвига-Мажанди при супратенториальных опухолях чаще возникает при опухоли:

1. гипофиза;

2. эпифиза (шишковидной железы);

3. височной доли;

4. затылочной доли;

5. одинаково часто при любой из указанных локализаций.

43. Изотопная γ-сцинтиграфия наиболее информативна при локализации опухоли:

1. в полушариях мозга;

2. в задней черепной ямке;

3. в базальной области мозга;

4. в области краниовертебрального перехода.

44. При опухоли нижних отделов мозжечка (флоккулонодулярный синдром) характерным признаком является:

1. нарушение статики и походки;

2. нарушение координации в конечностях;

3. туловищная атаксия без дискоординации в конечностях;

4. нижний пирамидный парапарез;

5. вертикальный нистагм.

45. К опухолям ЦНС оболочечно-сосудистого ряда относятся:

1. астроцитомы;

2. олигодендроглиомы;

3. мультиформные спонгиобластомы;

4. арахноидэндотелиомы;

5. все перечисленные.

46. К ранним симптомам арахноидэндотелеомы бугорка турецкого седла относятся:

1. снижение обоняния;

2. головная боль;

3. снижение зрения;

4. альтернирующий синдром Вебера;

5. все перечисленные.

47. Для расстройств зрения при арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла характерны:

1. центральная и парацентральная скотома;

2. гомонимная гемианопсия;

3. битемпоральная гемианопсия;

4. биназальная гемианопсия.

48. Перкуссия головы усиливает головную боль при опухоли головного мозга, так как при этом усиливаются:

1. нарушения ликвороциркуляции;

2. нарушения внутричерепного кровообращения;

3. натяжение и дислокация оболочек и черепных нервов;

4. затруднения венозного оттока;

5. все перечисленные факторы.

49. При конвекситальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают:

1. зрительные;

2. слуховые;

3. обонятельные;

4. вкусовые.

50. При базальной локализации опухоли височной доли галлюцинации чаще бывают:

1. зрительные;

2. слуховые;

3. обонятельные;

4. все перечисленные.

51. Отоневрологические исследования не помогают в диагностике опухоли:

1. варолиева моста;

2. продолговатого мозга;

3. мосто-мозжечкового угла;

4. VIII черепного нерва;

5. гипофиза.

52. Компьютерная томография наиболее информативна при локализации опухоли:

1. в полушариях головного мозга;

2. в базальной зоне головного мозга;

3. в задней черепной ямке;

4. в краниовертебральной области.

53. Разрушение вершины пирамиды височной кости с четкими краями дефекта («обрубленная пирамида») является характерным рентгенологическим признаком:

1. невриномы слухового нерва;

2. невриномы тройничного нерва;

3. холестеатомы мосто-мозжечкового угла;

4. всех перечисленных новообразований.

54. Первичным источником метастатических опухолей ЦНС чаще является рак:

1. легких;

2. желудка;

3. грудной железы;

4. матки;

5. предстательной железы.

55. Рвота при супратенториальных опухолях рассматривается как общемозговой симптом, поскольку возникает:

1. вне связи с приемом пищи;

2. независимо от перемены положения тела;

3. после кратковременного ощущения тошноты;

4. при повышении внутричерепного давления;

5. все перечисленное.

56. Отличительный признак неврита зрительного нерва от поражений нерва при опухолях головного мозга:

1. жалобы на затуманивание зрения;

2. концентрическое сужение полей зрения;

3. быстрое снижение остроты зрения;

4. картина первичной атрофии зрительного нерва;

5. все перечисленное.

57. Синдром Фостера Кеннеди характеризуется:

1. атрофией и застоем диска на стороне опухоли;

2. атрофией и застоем диска с двух сторон;

3. атрофией диска на стороне опухоли;

4. застоем диска на стороне опухоли и атрофией на противоположной стороне.

**РАЗДЕЛ XI.**

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В НЕВРОЛОГИИ

1. Компьютерная томография мозга не показана, если у больного с поражением головного мозга:

1. диагностирован инфаркт миокарда;

2. появились признаки поражения ствола;

3. бессознательное состояние;

4. лучевая болезнь;

5. все перечисленное.

2. Симптом «вклинивания» при проведении люмбальной пункции у больного с объемным спинальным процессом характеризуется:

1. усилением корешковых болей при сдавлении шейных вен;

2. нарастанием неврологической симптоматики при давлении на переднюю брюшную стенку;

3. усилением корешковых болей при наклоне головы к груди;

4. нарастанием неврологической симптоматики после пункции.

3. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

1. острое начало заболевания с повышением температуры;

2. острое начало заболевания с менингеальным синдромом;

3. изменение спинномозговой жидкости;

4. присоединение инфекционно-токсического шока.

4. Потеря сознания при синкопальном состоянии обычно длится не более:

1. 10 с;

2. 1 мин;

3. 3 мин;

4. 5 мин.

5. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта от начала заболевания через:

1. 1 ч;

2. 2 ч;

3. 4 ч;

4. 6 ч и более.

6. Для коматозного состояния не характерно:

1. снижение сухожильных рефлексов;

2. двусторонний симптом Бабинского;

3. угнетение брюшных рефлексов;

4. угнетение зрачковых реакций;

5. целенаправленные защитные реакции.

7. Для наблюдений за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать:

1. ангиографию;

2. реоэнцефалографию;

3. компьютерную томографию;

4. транскраниальную допплерографию.

8. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиоцеребральный синдром) является:

1.повышение вязкости крови;

2. повышение активности свертывающей системы;

3. ухудшение реологических свойств крови;

4. снижение системного перфузионного давления;

5. повышение агрегации форменных элементов крови.

9. Решающее влияние на прогноз у больных с преходящим нарушением мозгового кровообращения оказывает:

1. адекватный уровень артериального давления;

2. состояние вязкости в текучести крови;

3. состояние свертывающей системы крови;

4. сохранная проходимость приводящих артерий;

5. продолжительность эпизодов преходящей ишемии.

10. К развитию тромбоза мозговых артерий не приводит:

1. снижение артериального давления и замедление кровотока;

2. повышение вязкости и агрегации;

3. повышение коагулационной активности крови;

4. повышение фибринолитической активности крови.

11. Чтобы купировать мышечные проявления нейрогенного гипервентиляционного синдрома, назначают:

1. прозерин;

2. глюконат или хлорид кальция;

3. хлорид натрия;

4. хлорид калия;

5. все перечисленное;

6. верно 1 и 2.

12. Мышечно-тонические пароксизмы сопровождают следующие формы вегетативных кризов:

1. симпатико-адреналовый;

2. вагоинсулярный;

3. смешанный (вагосимпатический);

4. криз при гипервентиляционном синдроме;

5. нейрогенный обморок.

13. Внутримозговое обкрадывание очага ишемического инсульта наступает в результате:

1. нарушения ауторегуляции кровообращения в очаге;

2. спазма сосудов пораженного участка мозга;

3. спазма сосудов неповрежденных отделов мозга;

4. расширения «здоровых» сосудов неповрежденных отделов мозга;

5. раскрытия артериовенозных анастомозов.

14. Для I стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания не характерно наличие:

1. гипокоагуляции;

2. гиперкоагуляции;

3. внутрисосудистой агрегации форменных элементов;

4. блокады микроциркуляции.

15. Для тромбоза мозговых сосудов характерно:

1. наличие в анамнезе транзиторных ишемических атак;

2. наличие симптомов предвестников;

3. постепенное формирование очаговой симптоматики;

4. малая выраженность общемозговой симптоматики;

5. отсутствие смещения М-эха.

16. Для купирования мигренозного статуса не применяются препараты:

1. противосудорожные и противорвотные;

2. дегидратирующие и глюкокортикоиды;

3. антихолинергические и антихолинэстеразные;

4. транквилизаторы и антидепрессанты;

5. антигистаминные и анальгетики.

17. Для инсульта, развивающегося по механизму сосудистой мозговой недостаточности, не характерно наличие:

1. высокого артериального давления;

2. низкого артериального давления;

3. ортостатических эпизодов в анамнезе;

4. острой сердечной недостаточности.

18. Для купирования приступа мигрени наиболее эффективны препараты:

1. эрготамина;

2. анальгетики;

3. антигистаминные;

4. антисеротониновые;

5. противосудорожные.

19. Показанием к гиперволемической гемодилюции при ишемическом инсульте является наличие:

1. анурии;

2. сердечной недостаточности;

3. артериального давления ниже 120/60 мм рт.ст.;

4. артериального давления выше 200/100 мм рт.ст.;

5. гематокрита 42%.

20. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае:

1. молодого возраста больного;

2. продолжительности закупорки менее 6 ч;

3. отсутствия анурии;

4. геморрагического синдрома;

5. артериального давления ниже 200/100 мм рт.ст..

21. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии:

1. ревматизма;

2. артериального давления выше 200/100 мм рт.ст.;

3. заболеваний печени;

4. язвенной болезни печени;

5. тромбоцитопатии.

22. Для мигренозного статуса не характерны:

1. серия тяжелых, следующих друг за другом приступов;

2. повторная многократная рвота;

3. тонико-клонические судороги;

4. повышение внутричерепного давления;

5. признаки раздражения оболочек мозга.

23. Наиболее эффективны в лечении диссеминированного внутрисосудистого свертывания является:

1. хлорид кальция и викасол;

2. ε-аминокапроновая кислота;

3. гепарин с антитромбином;

4. гепарин с замороженной плазмой;

5. верно 1 и 2;

6. верно 3 и 4.

24. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (ε-аминокапроновой кислоты и др.) не показано, поскольку:

1. высок риск повышения артериального давления;

2. возможно значительное повышение внутричерепного давления;

3. кровоизлияние уже завершилось;

4. возможно усиление менингеального синдрома;

5. возможно усиление цефалгического синдрома.

25. Для гипертонического кровоизлияния в мозг не характерно наличие:

1. сдавления и разрушения вещества мозга излившейся кровью;

2. вазопареза в области кровоизлияния;

3. смещение ствола головного мозга;

4. закупорки артерий основания мозга.

26. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является:

1. утрата сознания;

2. кровянистый ликвор;

3. смещение срединного эхо-сигнала;

4. контралатеральный гемипарез.

27. При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным:

1. поражение черепных нервов;

2. менингеальный синдром;

3. зрачковые расстройства;

4. двусторонние пирамидные симптомы.

28. При кровоизлиянии в мозжечок наиболее часто наблюдается:

1. утрата сознания, гемипарез;

2. динамическая атаксия;

3. глазодвигательные расстройства;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

29. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания характерен:

1. для тромботического инфаркта;

2. для нетромботического инфаркта;

3. для геморрагического инфаркта;

4. для кровоизлияния в мозг;

5. ни для чего из перечисленного.

30. Горметонией называют состояние, при котором наблюдается:

1. генерализованная гипотония мышц в сочетании с нарушением ритма дыхания;

2. повышение мышечного тонуса в сгибателях верхних конечностей и разгибателях нижних конечностей;

3. повышение мышечного тонуса в разгибателях верхних конечностей и сгибателях нижних конечностей;

4. повторяющиеся пароксизмы повышения мышечного тонуса в разгибателях конечностей.

31. Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния характерны:

1. утрата сознания;

2. зрачковые расстройства;

3. нистагм;

4. менингеальный синдром;

5. двусторонние пирамидные патологические знаки.

32. Для дегидратирующей терапии гипертонического кровоизлияния в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт.ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать:

1. мочевину;

2. стероиды;

3. маннитол;

4. лазикс.

33. Папаверин в острейшей стадии гипертонического кровоизлияния в мозг не следует назначать:

1. при утрате сознания и менингеальном синдроме;

2. при застое на глазном дне и реографических признаках гипотонии церебральных сосудов;

3. при артериальном давлении выше 200/100 мм рт.ст.;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

34. При гипертоническом субарахноидальном кровоизлиянии не следует применять:

1. анальгетики;

2. антифибринолитики;

3. дегидратирующие препараты;

4. спазмолитики;

5. антигипертензивные средства.

35. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, назначают:

1. седуксен;

2. аминазин;

3. гексенал;

4. галоперидол;

5. любой из перечисленных препаратов.

36. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар является:

1. утрата сознания;

2. рвота;

3. психомоторное возбуждение;

4. инфаркт миокарда;

5. отек легких.

37. При консервативном лечении субарахноидального кровоизлияния из аневризмы назначают с первого дня:

1. хлорид кальция и викасол;

2. фибринолизин и гепарин;

3. ε-аминокапроновую кислоту;

4. верно 1 и 2;

5. верно 1 и 3.

38. Для разрыва аневризмы конвекситальных артерий мозга обязательны все перечисленные симптомы, кроме:

1. утраты сознания;

2. головной боли;

3. очаговых неврологических симптомов;

4. менингеального синдрома.

39. При разрыве супратенториальной артериовенозной аневризмы чаще, чем при разрыве артериальной аневризмы, происходит:

1. истечение крови в цистерны основания мозга;

2. развитие менингеального синдрома;

3. развитие асимметричной гидроцефалии;

4. развитие внутримозговой гематомы;

5. утрата зрения и глазодвигательные расстройства.

40. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния необходимы данные:

1. ангиографии;

2. реоэнцефалографии;

3. ультразвуковой допплерографии;

4. компьютерной томографии;

5. радиоизотопной сцинтиграфии.

41. Для клинических проявлений тромбоза поверхностных мозговых вен наиболее характерно:

1. наличие общемозговых симптомов;

2. отек дисков зрительных нервов;

3. изменчивость очаговых полушарных симптомов;

4. менингеальный синдром;

5. субфебрилитет.

42. Тромбоз глубоких мозговых вен отличается от тромбоза поверхностных мозговых вен наличием:

1. общемозговых симптомов;

2. признаков застоя на глазном дне;

3. признаков поражения стволов головного мозга;

4. менингеального синдрома.

43. Если течение геморрагического инсульта осложняется диссеминированным внутрисосудистым свертыванием, дополнительно назначают:

1. α-токоферол и рутин;

2. фибринолизин и калликреин-депо;

3. ε-аминокапроновую кислоту;

4. гепарин и замороженную плазму;

5. все перечисленное.

44. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью:

1. коррекции лактацидоза;

2. коррекции гиперкоагуляции;

3. коррекции гиперагрегации;

4. торможения активации перекисного окисления липидов;

5. торможения активации антифибринолитической системы.

45. Для лечения нарушений венозного кровообращения мозга при нормальном уровне системного артериального давления не следует применять:

1. β-адренергические блокаторы;

2. антикоагулянты;

3. антиагреганты;

4. препараты ксантинового ряда.

46. Для ишемии в верхнем сосудистом бассейне спинного мозга характерны:

1. синдром внутричерепной гипертензии;

2. вялый парез рук и спастический парез ног;

3. синдром паралитического ишиаса;

4. недержание мочи и кала;

5. верно 3 и 4.

47. Развитие синдрома Уотерхауса-Фридериксена (острой надпочечниковой недостаточности) характерно для тяжелого течения:

1. стафилококкового менингита;

2. пневмококкового менингита;

3. менингита, вызванного вирусом Коксаки;

4. менингококкового менингита;

5. лимфоцитарного хориоменингита.

48. Из следующих противовирусных препаратов для лечения энцефалитов не применяются:

1. оксолин;

2. идоксуридин;

3. метисазон;

4. ацикловир;

5. аденозин-арабинозид.

49. Для тенториального (намета мозжечка) синдрома Бурденко-Крамера характерны:

1. боли в глазных яблоках;

2. светобоязнь;

3. кохлеовестибулярные расстройства;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное.

50. Наиболее эффективным при лечении гнойного менингита, вызванного синегнойной палочкой, является:

1. бензилпенициллин;

2. клиндамицин;

3. эритромицин;

4. гентамицин.

51. Клиническую картину острого лимфоцитарного хориоменингита Армстронга отличает значительная выраженность:

1. лихорадки;

2. менингеального синдрома;

3. гипертензионного синдрома;

4. нарушения сознания;

5. светобоязни.

52. При неустановленном возбудителе бактериального гнойного менингита целесообразно применять:

1.цефалексин (цепорекс);

2. клиндамицин (далацин);

3. эритромицин (эритран);

4. цефотаксим (клафоран).

53. Для лечения менингококкового менингита следует выбрать:

1. клиндамицин;

2. тетрациклин;

3. эритромицин;

4. канамицин;

5. левомицетин.

54. Субарахноидальное кровоизлияние как осложнение основного заболевания встречается при менингите, вызванном:

1. пневмококком;

2. вирусом паротита;

3. клебсиеллой;

4. палочкой Афанасьева-Пфейффера;

5. стрептококком.

55. Абсцессы мозга как осложнение основного заболевания чаще встречаются при менингите, вызванном:

1. палочкой Афанасьева-Пфейффера;

2. стафилококком;

3. пневмококком;

4. лептоспирами.

56. Безусловным клиническим признаком перелома основания черепа является:

1. кровотечение из уха;

2. ликворея из уха;

3. кровянистый ликвор;

4. верно 1 и 2;

5. все перечисленное.

57. Нарастание мидриаза на стороне эпидуральной гематомы и гемипареза на другой стороне обусловлено:

1. асимметричной гидроцефалией;

2. сдавлением моторной области коры;

3. ущемлением ствола в затылочном отверстии;

4. придавлением ножки мозга к мозжечковому намету;

5. верно 1 и 2.

58. Для острого очагового поперечного миелита на нижнегрудном уровне не характерно наличие;

1. нижней параплегии;

2. проводникового типа нарушения чувствительности;

3. нарушений функций тазовых органов;

4. блокады субарахноидального пространства.

59. При лечении острого рассеянного энцефаломиелита для коррекции аутоиммунных нарушений применяют:

1. нестероидные противовоспалительные средства;

2. анаболические стероидные препараты;

3. синтетические глюкокортикоиды;

4. эстрогенные стероидные препараты;

5. эстрогенные нестероидные препараты.

60. Двигательные нарушения при второй атаке острого эпидемического переднего полиомиелита, возникающей после «малой болезни» и последующего латентного периода, характеризуются наличием:

1. судорог мышц;

2. фибриллярных подергиваний;

3. вялых параличей;

4. всего перечисленного;

5. верно 1 и 2.

61. Для холинергического криза не характерно наличие:

1. мидриаза;

2. гиперсаливации;

3. усиления перистальтики кишечника;

4. миофибрилляций;

5. верно 2 и 4;

6. всего перечисленного.

62. Подозрение на объемный процесс головного мозга возникает, если заболевание характеризуется признаками:

1. нарастающей внутричерепной гипертензии;

2. очагового церебрального поражения;

3. общемозговыми симптомами;

4. верно 1 и 2;

5. всеми перечисленными.

63. Вегетативные симптомы холинергического криза снимаются введением:

1. ганглиоблокаторов;

2. мышечных релаксантов;

3. атропина;

4. адреналина;

5. норадреналина.

64. Эффективным методом лечения абсцесса является:

1. массивное введение антибиотиков и дегидратирующих препаратов;

2. хирургическое удаление абсцесса;

3. промывание полости абсцесса диоксидином;

4. промывание полости абсцесса антибиотиками;

5. применение лучевой терапии.

65. Термином «табетические кризы» у больных спинной сухоткой обозначают:

1. пароксизмы тахикардии;

2. колебания артериального давления;

3. пароксизмы болей рвущего характера;

4. эпизоды профузной потливости и общей слабости;

5. все перечисленное.

66. Неврологические симптомы острого спинального эпидурита представлены:

1. корешковыми болями;

2. синдромом компрессии спинного мозга;

3. утратой сознания;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

67. Дифференциальная диагностика острого гнойного эпидурита проводится:

1. с экстрамедуллярной опухолью;

2. с менингомиелитом;

3. с блокированным гнойным менингитом;

4. с разрывом спинальной артериовенозной мальформации;

5. со всем перечисленным;

6. верно 2 и 3.

68. Для острого некротического герпетического энцефалита характерно преимущественное поражение следующих образований головного мозга:

1. височных долей, лимбической области;

2. лобных долей;

3. теменных и затылочных долей;

4. мозжечка;

5. моста мозга, продолговатого мозга.

69. Кома при менингоэнцефалите характеризуется следующими признаками, кроме:

1. наличия общеинфекционных симптомов;

2. менингеального синдрома;

3. очаговых неврологических симптомов;

4. снижения уровня белка в ликворе;

5. снижения уровня глюкозы в ликворе.

70. Для прорыва абсцесса мозга в ликворные пути обязательны:

1. утрата сознания;

2. очаговая неврологическая симптоматика;

3. симптомы поражения ствола мозга;

4. нейтрофильный состав мозга;

5. плеоцитоз в ликворе.

71. Для гнойного эпидурита на грудном уровне наиболее характерна следующая триада симптомов:

1. головная боль, расстройство функции тазовых органов, боль между лопатками;

2. субфебрилитет, атаксия, нижний спастический парапарез;

3. наличие гнойного очага в организме, корешковый синдром, синдром сдавления спинного мозга;

4. плеоцитоз в ликворе, симптом Кернига, симптом Брудзинского.

72. Тромбоз поперечного и сигмовидного синуса от тромбоза кавернозного синуса отличает:

1. расстройство сознания;

2. менингеальный синдром;

3. поражение VII-XII черепных нервов;

4. признаки застоя на глазном дне.

73. При отравлении аминазином наблюдается:

1. снижение остроты зрения;

2. диплопия;

3. парез взора вверх;

4. мидриаз;

5. миоз.

74. При отравлении фосфорорганическими соединениями снижение артериального давления, сужение зрачков обусловлены:

1. повышением активности симпатической системы;

2. снижением активности симпатической системы;

3. повышением активности парасимпатической системы;

4. снижением активности парасимпатической системы.

75. Для поражения ботулиническим токсином не характерны;

1. гастроэнтерит;

2. поражение блуждающего, диафрагмального, глазодвигательного нервов;

3. сухость во рту;

4. диссоциация между тахикардией и невысокой температурой;

5. гиперсаливация.

76. Повышение гематокрита наиболее характерно для гипергликемической комы:

1. кетоацидотической;

2. гиперосмолярной;

3. лактацидотической;

4. всех перечисленных.

77. Для острого полирадикулоневрита Гийена-Барре в сравнении с другими формами полирадикулоневритов более характерны:

1. вялые параличи дистальных отделов конечностей;

2. нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей;

3. нарушения дыхания;

4. белково-клеточная диссоциация в ликворе;

5. менингеальный синдром.

78. Для острого рассеянного энцефаломиелита не характерно развитие:

1. пирамидных нарушений;

2. расстройства глубокой чувствительности;

3. вестибуломозжечковых расстройств;

4. экстрапирамидных нарушений;

4. нарушения функции тазовых органов.

79. Сопор в отличие от комы характеризуется:

1. сохранностью вербального контакта;

2. сохранностью целенаправленных защитных двигательных реакций;

3. отсутствием целенаправленных защитных двигательных реакций;

4. отсутствием реакций на внешние раздражители.

80. При миоплегическом статусе назначают:

1. антихолинэстеразные средства;

2. антихолинергические средства;

3. мышечные релаксанты;

4. бензодиазепины.

81. При тетаническом статусе не следует вводить;

1. транквилизаторы;

2. нейролептики;

3. антиконвульсанты;

4. антихолинэстеразные средства.

82. Для лечения холинергического криза не следует назначить:

1. антихолинэстеразные средства;

2. седативные средства;

3. кардиотоники;

4. спазмолитики;

5. периферические холинолитики.

83. Миастенический криз не сопровождается:

1. пароксизмальным усилением мышечной области;

2. угнетением глотания;

3. гиперсаливацией, брадикардией;

4. нарушением витальных функций;

5. всем перечисленным.

84. Холинергический криз сопровождается всем перечисленным, кроме:

1. сужения зрачков, слюнотечения, тошноты, диареи, болей в животе;

2. пароксизмальной мышечной слабости, гипотонии;

3. дрожания и фасцикулярных подергиваний, потливости;

4. головной боли;

5. тахикардии.

85. Объем помощи на догоспитальном этапе в случае неотложного состояния ограничивается назначением средств, необходимых:

1. для купирования нарушений сердечной деятельности;

2. для купирования нарушений дыхания;

3. для обеспечения безопасной транспортировки в стационар;

4. для снятия болевого синдрома;

5. для прекращения рвоты.

86. Для диагностики поврежденного спинного мозга при травме позвоночника необходимо провести:

1. рентгенографию;

2. компьютерную томографию;

3. магнитно-резонансную томографию;

4. люмбальную пункцию;

5. все перечисленное;

6. достаточно 1 и 3.

87. Потребность в искусственной вентиляции легких может возникнуть при всех перечисленных неврологических заболеваниях, кроме:

1. пароксизмальных миоплегий;

2. полиневропатии Гийена-Барре;

3. бокового амиотрофического склероза;

4. миастении;

5. инфаркта каудального отдела продолговатого мозга.

88. Показанием к проведению искусственной вентиляции легких в режиме умеренной гипервентиляции служит следующее кислотно-щелочное состояние:

1. метаболический ацидоз;

2. дыхательный алкалоз;

3. артериальная гипокапния;

4. артериальная гиперкапния;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

89. Для коррекции метаболического ацидоза следует провести внутривенное капельное вливание:

1. реополиглюкина;

2. гемодеза;

3. бикарбоната натрия;

4. альбумина;

5. изотонического раствора хлорида натрия.

90. Содержанием интенсивной терапии является все перечисленное, кроме:

1. восстановления утраченных жизненных функций;

2. коррекции нарушений сердечной деятельности;

3. коррекции нарушений дыхания;

4. восстановления нормального кислотно-щелочного состояния.

91. Решающую роль в эффективности интенсивной терапии играет введения лекарств:

1. способом, соответствующим особенностям фармакокинетики;

2. обязательно в кровеносное русло;

3. отвечающих требуемым особенностям фармакодинамики;

4. длительно циркулирующих в крови;

5. быстро выделяющихся из организма.

92. При тиреотоксическом кризе не наблюдаются:

1. подъем температуры;

2. повышение артериального давления;

3. жажда;

4. делирий;

5. судорожные подергивания.

93. Для поражения нервной системы при острой перемежающейся порфирии не характерны:

1. бульбарный синдром;

2. изменение психики;

3. полиневропатия;

4. пирамидный гемипарез;

5. эпилептиформные припадки.

94. Острый полирадикулоневрит типа Ландри от других острых полирадикулоневритов отличают:

1. вялые параличи дистальных отделов конечностей;

2. сухожильная арефлексия;

3. нарушение дыхания;

4. нарушение чувствительности в дистальных отделах конечностей;

5. восходящий тип последовательности появления неврологических симптомов.

95. При катаплексии не наблюдается:

1. потеря мышечного тонуса во всех конечностях;

2. потеря сознания;

3. выпадение сухожильных рефлексов;

4. выпадение кожных рефлексов;

5. возникновение пароксизма после эмоциональной реакции.

96. При симпатико-адреналовом пароксизме обычно нет:

1. артериальной гипертензии;

2. тахикардии;

3. головной боли;

4. гипогликемии.

97. Для симпатико-адреналового пароксизма характерно все перечисленное, кроме:

1. тахикардии;

2. ознобоподобного дрожания;

3. олигурии;

4. мидриаза;

5. страха, тревоги.

98. Для вагоинсулярного пароксизма характерно все перечисленное, кроме:

1. желудочно-кишечной дискинезии;

2. головокружения;

3. гипотонии;

4. полиурии;

5. затруднения дыхания.

99. Интенсивная терапия для коррекции кислотно-щелочного состояния требуется, если рН составляет:

1. 7,6;

2. 7,14;

3. 6,87;

4. 7,35.

100. При острых панкреатитах и панкреонекрозе наиболее часто наблюдается синдром:

1. невротический;

2. энцефаломиелопатии;

3. полиневропатии;

4. менингеальный;

5. верно 2 и 4.

101. Для острой надпочечниковой недостаточности характерны клинические проявления в виде:

1. падения артериального давления;

2. подъема артериального давления;

3. адинамии, прогрессирующей утраты сознания;

4. острого психотического синдрома;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

102.Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности включает введение:

1. глюкокортикоидов;

2. АКТГ;

3. кардиотонических препаратов;

4. дегидратирующих средств;

5. верно 1 и 3;

6. верно 2 и 4.

103. Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуются:

1. анизокорией;

2. сужением;

3. расширением;

4. ничем из перечисленного.

104. К бессудорожным формам эпилептического статуса относят все следующие пароксизмальные проявления, за исключением эпилептического:

1. психомоторного возбуждения;

2. «пикволнового ступора»;

3. состояния спутанности;

4. сумеречного состояния.

105. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является:

1. бережная иммобилизация головы;

2. иммобилизация конечностей;

3. введение воздуховода в ротоглотку;

4. дача ингаляционного наркоза с закисью азота.

106. Следующие симптомы: психомоторное возбуждение, мидриаз, паралич аккомодации, тахикардия, уменьшение секреции слюнных желез, сухость кожных покровов служат проявлением передозировки:

1. атропина;

2. прозерина;

3. ацетилхолина;

4. пилокарпина;

5. галантамина.

107. Для изменений диска зрительного нерва при остром неврите характерны:

1. стушеванность границ;

2. гиперемия;

3. побледнение;

4. верно 1 и 2;

5. верно 2 и 3.

108. Приступ пароксизмальной миоплегиипри гипокалиемической форме болезни Вестфаля-Шахновича обычно возникает:

1. во время тяжелой физической нагрузки;

2. сразу после тяжелой физической нагрузки;

3. в состоянии полного покоя днем;

4. во время ночного сна;

5. во всех перечисленных состояниях.

109. Приступ миоплегии при гиперкалиемической (болезнь Гамсторп) и нормокалиемической форме (болезнь Посканцера и Керра) возникает:

1. во время тяжелой физической нагрузки;

2. во время отдыха после физической нагрузки;

3. в состоянии покоя днем;

4. во время ночного сна;

5. верно 1 и 4;

6. верно 2 и 3.

110. Положительные диагностические признаки субарахноидального кровоизлияния могут быть получены:

1. при люмбальной пункции;

2. при ангиографии;

3. при компьютерной томографии;

4. при всех перечисленных методах;

5. верно 1 и 3.

**РАЗДЕЛ XII.**

ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ, СОМАТОНЕВРОЛОГИЯ

1. Особенностью проявле­ний различных синдромов поражения нервной систе­мы при заболеваниях пе­чени является:

1. Острое начало и молниеносное те­чение
2. Острое начало со стабильным нев­рологическим дефицитом в после­дующие годы
3. Постепенное начало заболевания с неуклонно прогредиентным те­чением
4. Постепенное начало заболевания с ремитирующим течением неврологических проявлений
5. Острое начало и практически пол­ное выздоровление без рецидивов

2. Ранними формами невро­логических осложнений при заболевании печении являются:

1. Экстрапирамидные нарушения
2. Нарушения психики
3. Неврастенический синдром
4. Поли невропатия

3. При вирусном гепатите наиболее часто наблюдает­ся:

1. Энцефалопатия
2. Миелопатия
3. Полирадикулоневропатия
4. Множественная невропатия

4. При хроническом гепатоцеребральном синдроме в результате цирроза пече­ни наступают:

1. Деменция
2. Атаксия
3. Хореоатетоидный гиперкинез
4. Дизартрия
5. Все перечисленное
6. Верно 2 и 3

5. Типичным параклиничес­ким признаком портосистемной энцефалопатии (с портальной гипертензией) является:

1. Повышение уровня церулоплазмина в крови
2. Повышение выведения меди с мочой
3. Повышение концентрации аммиа­ка в крови
4. Понижение концентрации аммиа­ка в кропи
5. Верно 1 и 2.

6. При лечении печеночной эн­цефалопатии с портальной гипертензией (портосистемная форма) сред­ствами первого выбора являются:

1. Глюкокортикоидные препа­раты
2. Ограничение введения белка с пищей
3. Неадсорбируемые антибио­тики
4. Экстракорпоральная гемосорбция
5. Верно 1 и 4
6. Верно 2 и 3.

7. Основным причинным факто­ром развития полиневропатии при заболеваниях желудоч­но-кишечного тракта является дефицит:

1. Белка
2. Жиров
3. Углеводов
4. Витаминов В1 и В12
5. Верно 1 и 4
6. Все перечисленное.

8. Наиболее частыми проявлени­ями полиневропатии при за­болеваниях желудочно-ки­шечного тракта являются:

1. Двигательные нарушения
2. Чувствительные нарушения
3. Вегетативно-трофические на­рушения
4. Все перечисленные
5. Верно 2 и 3.

9. Для синдрома фуникулярного миелоза характерно:

1. Сенситивная атаксия
2. Пирамидная недостаточность
3. Вялые парезы ног
4. Полиневропатия
5. Все перечисленное
6. Все перечисленное, кроме 3.

10. Развитие фуникулярного ми­елоза обусловлено нарушени­ем метаболизма:

1. Витамина B12
2. Витамина B1
3. Фолиевой кислоты
4. Всего перечисленного.

11. Наиболее частыми клиничес­кими проявлениями фуникуляр­ного миелоза являются:

1. Мозжечковая атаксия
2. Сенситивная атаксия
3. Нижний спастический парапарез
4. Нижний вялый парапарез
5. Верно 1 и 4
6. Верно 2 и 3.

12. Наиболее часто при фуникулярном миелозе встречается триада симптомов:

1. Парестезии, нарушение глубокой, чувствительности, парез нижних конечностей
2. Офтальмоплегия, спастический то­нус нижних конечностей, расстрой­ства функций тазовых органов
3. Нарушение глубокой чувствитель­ности, расстройства функции сфинктеров, вялый парез нижних конечностей
4. Корсаковский синдром, сенсорная и моторная полиневропатия
5. Все перечисленное неверно.

13. Для заболеваний почек с симптомами хрониче­ской почечной недоста­точности наиболее ха­рактерны следующие синдромы поражения нервной системы;

1. Сенсомоторная полиневропатия
2. Хроническая ренальная энцефа­лопатия
3. Уремическая кома
4. Острое нарушение мозгового кро­вообращения
5. Верно 1 и 2
6. Верно 3 и 4.

14. При лечении печеноч­ной энцефалопатии без портальной гипер­тензии средствами вы­бора являются:

1. Неадсорбируемые антибиотики
2. Кортикостероидные препараты
3. Экстракорпоральная гемосорбция
4. Ограничение потребления белка
5. Верно 1 и 4
6. Верно 2 и 3.

15. Для хронической уре­мии характерны:

1. Компрессионный синдром локтевого нерва
2. Компрессионный синдром малоберцового нерва
3. Сенсорная полиневропатия
4. Двигательная полиневропатия
5. Верно 1, 2 и 3
6. Верно 3 и 4.

16. Наибольшая эффектив­ность патогенетического и симптоматического лечения неврологичес­ких осложнений хронической почечной недо­статочности обеспечи­вается:

1. При гемодиализе
2. При пересадке почки
3. При компенсации метаболического ацидоза
4. При непрерывной гипотензивной терапии
5. Верно 1 и 2
6. Верно 3 и 4.

17. При острых заболеваниях бронхов и легких церебраль­ные неврологические ослож­нения обусловлены развити­ем:

1. Ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
2. Гипоксической гипоксии
3. Анемической гипоксии
4. Метаболической гипоксии
5. Комбинированной гипоксии.

18. При хронических заболева­ниях бронхов и легких невро­логические осложнения обус­ловлены развитием:

1. Ишемической (дисциркуляторной) гипоксии
2. Гипоксической гипоксии
3. Анемической гипоксии
4. Метаболической гипоксии
5. Комбинированной гипоксии.

19. При пневмококковой пнев­монии наиболее частым нев­рологическим осложнением является:

1. Полиневропатия
2. Миелопатия
3. Энцефалопатия
4. Менингит
5. Все перечисленное

20. При хронических заболева­ниях бронхов и легких, ос­ложненных эмфиземой, на­иболее характерны явления энцефалопатии:

1. С преобладанием очаговой симптоматики
2. С преобладанием общемозговой симптоматики
3. С повышением внутричереп­ного давления и затруднением венозного оттока
4. С преобладанием мозжечко­вой симптоматики
5. Верно 1 и 4
6. Верно 2 и 3.

21. При острой метаболической энцефалопатии может на­блюдаться:

1. Астериксис
2. Тремор
3. Миоклонический гиперкинез
4. Все перечисленное
5. Верно 2 и 3

22. При пернициозной анемии:

1. Гематологические и невроло­гические симптомы проявля­ются одновременно
2. Гематологические симптомы предшествуют неврологиче­ским
3. Неврологические симптомы предшествуют гематологиче­ским
4. Верно все перечисленное.

23. При эритремии невро­логические осложнения развиваются вследствие:

1. Тромбоцитопении с геморрагичес­кими периваскулярными экстрава­затами
2. Тромбоза церебральных артерий с ишемическим поражением ЦНС
3. Метаболической аноксии
4. Верно 1 и 2
5. Верно 1 и 3.

24. При эритремии наибо­лее частым неврологи­ческим осложнением является:

1. Полиневропатия
2. Дисциркуляторная энцефалопатия
3. Субарахноидальное кровоизлияние
4. Нарушение мозгового кровообра­щения по ишемическому типу
5. Верно 1 и 2
6. Верно 2 и 4.

25. Основными причинами, вызывающими пораже­ние нервной системы при лейкозах, являются:

1. Компрессия нервной ткани лейкемическими инфильтратами
2. Анемическая гипоксия
3. Дисциркуляторная гипоксия
4. Геморрагические экстравазаты
5. Все перечисленное.

26. При острых лейкозах часто встречаются нев­рологические синдромы

а виде:

1. Полиневропатии
2. Невралгии краниальных нервов
3. Паренхиматозного кровоизлияния
4. Субарахноидального кровоизлияния
5. Верно 1 и 2
6. Верно 3 и 4.

27. Одним из основных клинических проявле­ний миеломной болезни является болевой синд­ром в виде:

1. Артралгии
2. Оссалгии
3. Радикулалгии
4. Миалгии
5. Верно 1 и 4
6. Верно 2 и 3.

28. Патогенез поражений нервной системы при миеломной болезни в основном связан:

1. С гиперпарапротеинемией
2. С компрессией мозга и периферических нервов костной тканью
3. С тромбозом сосудов головного и спинного мозга
4. С геморрагическим диатезом
5. Со всем перечисленным
6. Верно 1 и 3.

29. Поражение нервной сис­темы при лимфогранулематозе происходит в ре­зультате;

1. Нарушения гемоциркуляции
2. Компрессии нервов гранулематозной тканью
3. Разрастания гранулем в веществе мозга
4. Всего перечисленного
5. Верно 2 и 3.

30. Наиболее частыми нев­рологическими осложне­ниями лимфогранулематоза являются;

1. Компрессия периферических нервов
2. Компрессия черепных нервов
3. Субарахноидальное кровоизлияние
4. Паренхиматозное кровоизлияние в мозг
5. Верно 1 и 2
6. Верно 3 и 4.

31. Для тиреотоксической миопатии наиболее ха­рактерным является:

1. Поражение верхних конечностей и плечевого пояса
2. Поражение нижних конечностей и нижних отделов туловища
3. Неуклонное прогрессирование мышечной слабости
4. Ремитирующее течение двига­тельного дефекта
5. Верно 1 и 3
6. Верно 2 и 4.

32. Двигательные нарушения при гипотиреозе обуслов­лены:

1. Миодистрофией
2. Миастенией
3. Полиневропатией
4. Пароксизмальной миоплегией
5. Верно 1 и 3
6. Всем перечисленным

33. Фактором патогенеза по­ражения нервной систе­мы при гипопаратиреозе является:

1. Гиперкальциемия
2. Гипокальциемия
3. Гипернатриемия
4. Гипонатриемия
5. Гиперкалиемия
6. Гипокалиемия

34. Типичным неврологическим проявлением гипопаратиреоза является синдром:

1. Тетании
2. Миастении
3. Миодистрофии
4. Все перечисленное
5. Верно 1 и 2

35. Развитие неврологичес­ких синдромов при панкреатитах в основ­ном связано:

1. С нарушением эндокринных функ­ций
2. С нарушением экзокринных функ­ций
3. С алиментарным дефицитом
4. С гиповолемией
5. С гиперпротеинемией

36. При хронических пан­креатитах наиболее час­то наблюдается синдром:

1. Энцефалопатии
2. Невротический
3. Психотический
4. Полиневропатии
5. Судорожный

37. При острых панкреати­тах и панкреонекрозе наиболее часто наблю­дается синдром;

1. Невротический
2. Энцефалопатии
3. Полиневропатии
4. Менингеальный
5. Верно 2 и 4

38. Наиболее типичным и неврологическим синд­ромом, осложняющим

течение сахарного диа­бета, является:

1. Энцефалопатия
2. Миелопатия
3. Полиневропатия
4. Судорожный синдром
5. Все перечисленное

39. Сопутствующими симптомами гипогликемической комы явля­ются:

1. Сухость кожных покровов
2. Влажность кожных покровов
3. Снижение артериального давления
4. Повышение артериального давления
5. Верно 2 и 3
6. Верно 1 и 4

40. Для лечения хроничес­кой надпочечниковой. недостаточности применяется:

1. Курсовая терапия глюкокортикоидами
2. Постоянная терапия глюкокортикоидами
3. Курсовая терапия АКТГ
4. Постоянная терапия АКТГ
5. Верно 1 и 3
6. Верно 2 и 4

41. Синдром Иценко - Кушинга (гиперкортицизм) развивается при наличии:

1. Глюкостеромы
2. Альдостеромы
3. Инсулиномы
4. Длительной глюкокортикоидной те­рапии
5. Верно 1 и 4
6. Всего перечисленного

42. Клинические проявле­ний синдрома Иценко - Кушинга (гиперкортицизма) характери­зуются:

1. Похуданием
2. Ожирением
3. Гипергликемией
4. Гипогликемией
5. Верно 1 и 4
6. Верно 2 и 3

43. Наиболее частым нев­рологическим осложне­нием, развивающимся при синдроме Иценко - Кушинга (гиперкортицизме), является:

1. Деменция
2. Полиневропатия
3. Судорожный синдром
4. Миодистрофия
5. Синдром внутричерепной гипертензии.

44. Для диабетической по­линевропатии характер­но:

1. Симметричность поражения
2. Преимущественное поражение нервов верхних конечностей
3. Преимущественное поражение нервов нижних конечностей
4. Преимущественное поражение че­репных нервов
5. Все перечисленное
6. Верно 1 и 3.

45. Непосредственной при­чиной развития клини­ческой картины острой надпочечниковой недо­статочности может быть:

1. Психострессорный фактор
2. Поражение коры надпочечников различной этиологии
3. Недостаточная доза глюкокортикоидов при заместительной терапии
4. Верно 2 и 3
5. Все перечисленное.

46. Для острой надпочечниковой недостаточно­сти характерны клини­ческие проявления в виде:

1. Падения артериального давления
2. Подъема артериального давления
3. Адинамии, прогрессирующей утра­ты сознания
4. Острого психотического синдрома
5. Верно 1 и 3
6. Верно 2 и 4.

47. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности вклю­чает введение:

1. Глюкокортикоидов
2. АКТГ
3. Кардиотонических препаратов
4. Дегидратирующих средств
5. Верно 1 и 3
6. Верно 2 и 4.

48. Диабетическая полиневропатия развивается:

1. При адекватной терапии сахарного диабета
2. При большой длительности заболевания
3. При высокой степени гипергликемии
4. При наличии кетоацидоза
5. При всем перечисленном.

49. Наиболее характерными клиническими призна­ками первичного альдостеронизма (синдром Конна) являются;

1. Симптоматическая артериальная гипертензия
2. Мышечная слабость
3. Приступы локальной и генерализо­ванной тетании
4. Приступы пароксизмальной миоплегии
5. Все перечисленные
6. Верно 1 и 4.

50. При сахарном диабете наиболее часто развива­ется невропатия следу­ющих черепных нервов:

1. III, IV, VI, VII
2. VII, XI, XII
3. X, XI, XII
4. IX, X.

51. При диабетической полиневропатии преобла­дают:

1. Двигательные нарушения
2. Вегетативно-трофические нарушения
3. Нарушения поверхностной чув­ствительности
4. Сенситивная атаксия
5. Верно 1 и 4
6. Верно 2 и 3.

52. Для патогенетической терапии диабетической полиневропатии приме­няют:

1. Антихолинэстеразные препараты
2. Вазоактивные средства
3. Кокарбоксилазу, витамин В1
4. Глюкокортикоиды
5. Все перечисленное
6. Верно 2 и 3.

53. По своему происхожде­нию гипоксия при сер­дечной недостаточности является:

1. Дыхательной
2. Циркуляторной
3. Гемической
4. Тканевой.

54. Для I стадии хронического алко­голизма характерны:

1. Утрата количественного контроля потребляемого алкоголя
2. Развитие толерантности к алкоголю
3. Развитие абстинентного синдрома
4. Верно 1 и 3
5. Верно 1 и 2
6. Верно 1, 2 и 3.

55. Для II стадии хронического алкоголизма наиболее важным признаком является:

1. Развитие толерантности к алкоголю
2. Формирование абстинентного синдрома
3. Развитие астеноневротического симптомокомплекса
4. Появление соматических осложнений.

56. Для III стадии хронического алкоголизма характерны следующие признаки:

1. Снижение толерантности к алкоголю
2. Психоэмоциональный подъем после приема алкоголя
3. Истинные запои
4. Верно все перечисленное
5. Верно 1 и 3
6. верно 2 и 3.

57. Развитие эпилептических припадков при хроническом алкоголизме наблюдают:

1. На I стадии
2. На II стадии
3. На III стадии
4. Одинаково вероятно на всех стадиях.

58. Наиболее частым сома­тическим осложнением, хронического алкого­лизма является:

1. Гастрит
2. Язвенная болезнь желудка
3. Энерероколит
4. Гепатит
5. Цирроз печени.

59. Энце­фалопатия Гайе - Вер­нике характеризуется следующими неврологическими симптомами:

1. Глазодвигательными нарушениями
2. Атаксией
3. Гемипарезом
4. Тремором
5. Верно все перечисленное
6. Верно 1, 2 и 3.

60. Корсаковский синдром проявляется следую­щими симптомами:

1. Амнезией
2. Конфабуляциями
3. Дезориентированностью
4. Бредовыми идеями
5. Верно 1, 2 и 3
6. Верно 1, 3 и 4.

61. Наиболее частым по­бочным действием морфиноподобных препаратов, вводимых в терапевтических до­зах, является:

1. Угнетение всех, фаз дыхательной дея­тельности
2. Тахикардии
3. Снижение артериального давления
4. Тошнота и рвота
5. Затруднение мочеиспускания.

62. Морфинная абстиненция ха­рактеризуется следующими психическими симптомами:

1. Беспокойство
2. Тревогой
3. Слезливостью
4. Депрессией
5. Верно 1 и 2
6. Верно 3 и4.

63. Вегетативные проявления морфинной абстиненции включают следующие симп­томы:

1. Повышение артериального давления
2. Снижение температуры тела
3. Кишечные дискинезии
4. Слезотечение и насморк
5. Верно все перечисленное
6. Верно 1, 3 и 4.

64. Длительное злоупотребление продуктами индийской ко­нопли (гашиш, марихуана, маконха, дага, анаша) приво­дит:

1. К полиневропатии
2. К тикам
3. К хореоатетозу
4. К деменции
5. К судорожным припадкам.

65. Соматовегетативные наруше­ния при отравлении продук­тами индийской конопли проявляются:

1. Артериальной гипертензией и брадикардией
2. Артериальной гипотензией и тахикардией
3. Повышением сухожильных рефлексов
4. Снижением сухожильных рефлексов
5. Верно 1 и 4
6. Верно 2 и 3.

66. Снижение полового влечения наиболее часто наблюдается при следующих формах нев­розов:

1. Неврастении
2. Неврозе навязчивых состояний
3. Истерии
4. Невротической депрессии
5. Всех перечисленных
6. Верно 2 и 4.

67. Симптомокомплекс тревож­ного ожидания неудачи на­иболее характерен для следу­ющей формы невроза:

1. Неврастении
2. Невроза навязчивых состояний.
3. Истерии
4. Невротической депрессия.

68. Судорожные припадки на­блюдаются при следующих формах неврозов:

1. Неврастении
2. Неврозе навязчивых состояний
3. Невротической депрессии
4. Истерии.

69. При лечении невроза с син­дромом треноги и депрес­сии следует выбрать антидепрессант с выраженным седативным действием:

1. Амитриптилин
2. Нортриптилин
3. Нуредал
4. Инказан.

70. У лиц с тревожно-мнительными чертами характера наиболее часто развивается следующая клиническая форма невроза:

1. Неврастения
2. Невроз навязчивых состояний
3. Истерия
4. Невротическая депрессия.

71.При лечении невроза с вы­раженным вегетативными расстройствами следует вы­брать следующие психотропные средства:

1. Тиоридазин (сонапакс)
2. Галоперидол
3. Седуксен (реланиум)
4. Сиднокарб
5. Все перечисленное
6. Верно 1 и 3.

72. При лечении невроза с целью коррекции судорожного синдрома следует выбрать следующие психотропные средства:

1. Седуксен (реланиум)
2. Аминазин
3. Галоперидол
4. Амитриптилин
5. Нуредал.

73. При диагностике невроза следует руководствоваться наличием:

1. Психотравмирующей ситуации
2. Особенностей структуры лично­сти больного
3. Психического конфликта
4. Особенностей клинического симптомокомплекса
5. Верно 3 и 4
6. Всего перечисленного.

74. Патофизиологической ос­новой невроза является дисфункция:

1. Коры лобной доли доминантно­го полушария
2. Коры височной доли правого полушария у правши
3. Лимбико-ретикулярного комплекса
4. Всего перечисленного.

75. Основной причиной непол­ноценности психологичес­кой защиты при неврозе яв­ляется:

1. Неразрешимый психоэмоцио­нальный конфликт
2. Хроническое соматическое заболевание
3. Наследственно-конституцио­нальные особенности личности
4. Дефектность системы психоло­гических установок
5. Верно 1 и 2
6. Верно 3 и 4.

76. Для фармакотерапии невро­тической импотенции, вы­званной ситуационными мо­ментами с последующей фик­сацией, следует выбрать:

1. Триоксазин
2. Мепробамат (мепротан)
3. Хлордиазепоксид (элениум)
4. Диазепам (седуксен)
5. Верно 1 и 2
6. Верно 3 и 4.

77. Гипнотерапия имеет преиму­щественное значение при ле­чении следующих форм нев­розов:

1. Неврастении
2. Невроза навязчивых состояний
3. Истерии
4. Невротической депрессии.

78. Рациональная психотерапия особенно эффективна при ле­чении следующих форм нев­розов;

1. Неврастении
2. Невроза навязчивых состояний
3. Истерии
4. Невротической депрессии.

79. Ложные параличи и парезы наиболее часто наблюдаются при следующих формах нев­розов:

1. Неврастении
2. Истерии
3. Неврозе навязчивых состояний
4. Невротической депрессии.

80. Нарушение засыпания явля­ется наиболее частой формой диссомнических расстройств при следующих неврозах:

1. Неврастении
2. Неврозе навязчивых состояний
3. Истерии
4. Невротической депрессии.

81. Условием формирования па­тогенетического звена (пси­хического конфликта) невро­за являются:

1. Завышенные претензии лич­ности
2. Противоречие между желани­ем и долгом
3. Противоречие между завышен­ными запросами личности и ее реальными возможностями
4. Неудовлетворенность в соци­альном и личном самоутвер­ждении
5. Верно 3 и 4
6. Все перечисленное.

82. Главной задачей психотера­пии при неврозе является:

1. Снятие тревоги и страха
2. Формирование адекватных ус­тановок у личности
3. Коррекция социального и межличностного поведения больного
4. Дезактуализация психоэмоци­онального конфликта.

83. Характерологическая черта, отражающая стремление быть предметом внимания окружа­ющих, является типичным признаком личности при следующей форме невроза:

1. Неврастении
2. Истерии
3. Неврозе навязчивых состояний
4. Невротической депрессии.

84. Изменение поведения, вклю­чающее выраженные прояв­ления иждивенческих устано­вок личности, является ха­рактерным признаком следу­ющей формы невроза:

1. Неврастении
2. Истерии
3. Невроза навязчивых состояний
4. Невротической депрессии.

85. Принципиальным отличием неврозоподобных состояний при соматических заболева­ниях от собственно невроза является то, что они возникают:

1. После психоэмоциональных переживаний
2. При отсутствии преморбидных изменений личности
3. Улиц пожилого возраста
4. При определенной тяжести соматического заболевания.

86. К традиционным клиничес­ким формам неврозов отно­сятся;

1. Неврастения
2. Депрессия
3. Невроз навязчивых состояний
4. Истерия
5. Верно 1, 2, 3
6. Верно 1, 3, 4.

87. Основным патофизиологиче­ским фактором головной бо­ли при неврозах является:

1. Дистония краниоцеребральных сосудов
2. Патологическое мышечное напряжения
3. ликвородинамичесие нарушения
4. Невралгии черепных нервов.

88. Наиболее часто имитацию органических нев­рологических симптомов на­блюдают:

1. При неврастении
2. При депрессии
3. При неврозе навязчивых со­стояний
4. При истерии.

89. Психозы отличаются от нев­розов наличием:

1. Психастенического симптомокомплекса
2. Психотических проявлений
3. Психоэмоциональной лабиль­ности
4. Дефекта психологической за­щиты.

90. Психопатия отличается от не­вроза:

1. Имитацией органических нев­рологических симптомов
2. Пароксизмами психоэмоциональных срывов
3. Выраженной сопутствующей вегетативной дисфункцией
4. Отсутствием сознания болезни.

91. Полиморфные сенестопатии наиболее часто наблюдаются:

1. При астеническом синдроме
2. При синдроме навязчивых со­стояний
3. При ипохондрическом синд­роме
4. При депрессии.

92. Наиболее часто неоправдан­ным хирургическим вмеша­тельством подвергаются боль­ные со следующими формами неврозов:

1. Неврастении
2. Невротической депрессии
3. Невроза навязчивых состояний
4. Истерии.

93. Из противоэпилептических средств активацию цереб­ральных тормозных систем и торможение спинальных возбуждающих систем наибо­лее эффективно вызывают:

1. Карбамазепин
2. Вальпроат натрия
3. Этосуксимид
4. Верно 1 и 2
5. Верно 2 и 3.

94. Из противоэпилептических средств в одинаковой степени угнетают как тормозные, так и возбуждающие системы ре­тикулярной формации ствола:

1. Карбамазепин
2. Вальпроат натрия
3. Этосуксимид
4. Фенитоин
5. Триметадион (триметин).

95. К средствам, повышающим эффективность противоэпи­лептических препаратов, от­носятся:

1. α - токоферол
2. Антихолинэстеразные препа­раты
3. Дофаминергические препараты
4. Верно все перечисленное
5. Верно 1 и 2
6. Верно 1 и 3.

96. Концентрация противоэпилептических препаратов - фенобарбитала, фенитоина и карбамазепина повышается при назначении:

1. Эритромицина
2. Хлорамфеникола
3. Изониазида
4. Циметидина
5. Верно 1 и 2
6. Все перечисленное.

97. Последовательность выбора препарата в начале лечения эпилепсии определяется:

1. Типом припадка
2. Формой эпилепсии
3. Частотой приступов
4. Особенностями ЭЭГ.

98. Среди следующих противо­эпилептических препаратов в меньшей степени угнетают корковые функции:

1. Карбамазепин
2. Фенобарбитал
3. Бензонал
4. Гексамидин.

99. Меньшее значение в опре­делении эффективности фар­макотерапии эпилепсии име­ет изменение:

1. Частоты приступов
2. Типа приступов
3. Особенностей ЭЭГ
4. Верно все перечисленное
5. Верно 1 и 2
6. Верно 1 и 3.

100. При частых припадках пер­вично-генерализованной эпилепсии в начале лечения следует назначить:

1. Максимальную дозу одного выбранного препарата и сни­жать ее постепенно
2. Минимальную дозу выбран­ного препарата и повышать ее постепенно
3. Сочетание минимальных доз двух или трех основных противоэпилептических средств
4. Сочетание средней терапевти­ческой дозы одного основного препарата и одного из дополнительных средств.

101. Повышение активности микросомальных ферментов печени, ускоряющих метаболизм противоэпилептических средств, вызывают:

1. Пропранолол
2. Преднизолон
3. Празозин
4. Парлодел

102. Чтобы не возникала передозировка противоэпилептических средств, суточная доза в граммах в пересчете на единицу фенобарбитала (фенобарбиталовый коэффициент) не должна превышать:

1. 0,1
2. 0,2
3. 0,3
4. 0,4
5. 0,5.

103. При возникновении приступов первично-генерализованной эпилепсии в дневные часы для лечения целесообразно добавлять по утрам:

1. Нейролептики
2. Транквилизаторы
3. Антидепрессанты
4. Психостимуляторы
5. ГАМКергические средства.

104. При возникновении присту­пов эпилепсии во время сна средством первой очереди является:

1. Карбомазепин
2. Гексамидин
3. Вальпроевая кислота
4. Фенобарбитал.

105. Для повышения эффективности лечения эпилепсии сна в дополнение к противоэпилептическим средствам в вечерние часы назначают одно из следующих средств дополнительной группы:

1. Клофелин
2. Анаприлин
3. L-ДОФА
4. Метилдофа.

106. При длительном лечении чувствительность к противоэпилептическим средствам:

1. Остается неизменной
2. Повышается
3. Понижается.

107. Тяжелую анемию при дли­тельном лечении эпилепсии высокими дозами вызывают:

1. Вальпроат натрия
2. Диазепам
3. Фенобарбитал
4. Дифенин.

108.К бессудорожным формам эпи­лептического статуса относят все следующие пароксизмальные проявления:

1. Психомоторное возбуждение
2. Состояние спутанности
3. Сумеречное состояние
4. Верно 1 и 2
5. Верно 2 и 3
6. Верно все перечисленное.

109. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является:

1. Бережная иммобилизация головы
2. Иммобилизация конечностей
3. Введение воздуховода в рото­глотку
4. Дача ингаляционного наркоза с закисью азота.

110. Средством первой очереди в фармакотерапии эпилепти­ческого статуса на месте при­ступа и при транспортировке является введение в вену:

1. Маннитола
2. Диазепама
3. Тиопентала натрия
4. Гексенала.

111. В случае острого эпилепти­ческого психоза средством первой очереди являются:

1. Седативные препараты
2. Транквилизаторы
3. Нейролептики
4. Антидепрессанты..

112. Вопрос о прекращении лече­ния противоэпилептическими средствами можно рас­сматривать в случае, если припадков не было по мень­шей мере:

1. 1-2 года
2. 1 год
3. 1,5 года
4. 2 года
5. 3 года

113. Основным нейрофизиологи­ческим механизмом патоге­неза эпилепсии является формирование очага:

1. Стимуляции активирующей восходящей системы
2. Сниженного порога возбуди­мости в коре
3. Генерации гиперсинхронных разрядов
4. Недостаточной активности в антиэпилептических под­корковых структурах
5. Все перечисленное.

114. Анатомическими структура­ми, через которые реализу­ется распространение пато­логической электрической активности при генерализации эпилептического при­ступа, являются:

1. Ретикулярная формация ме­жуточного мозга
2. Ретикулярная формация продолговатого мозга
3. Комиссуральные нейрональные системы мозолистого тела
4. Все перечисленные
5. Верно 1 и 3.

115. Важнейшим нейрофизиоло­гическим свойством эпилеп­тического очага является способность:

1. Генерировать гиперсинхрон­ный разряд электрической ак­тивности
2. Навязывать ритм своей актив­ности другим отделам мозга
3. Путем генерализации гипер­синхронных импульсов гене­рировать вторичные и третич­ные очаги
4. Все перечисленное
5. Верно 1 и 3.

116. Для выявления нарушений электрической активности мозга при эпилепсии приме­няют:

1. Классическую электроэнце­фалографию
2. Компрессионно-спектральный метод регистрации ЭЭГ (с пре­образованием по Берг-Фурье)
3. Исследование зрительных вы­званных потенциалов
4. Исследование слуховых вы­званных потенциалов
5. Все перечисленное
6. Верно 1 и 2..

117. При достижении стойкого клинического эффекта в ле­чении эпилепсии постепен­ную отмену противоэпилептического препарата следует проводить в течение:

1. 1 мес.
2. 3 мес.
3. 6 мес.
4. 1 года
5. 3 лет.

118. К структурам мозга, поддерживающим и активирующим эпилептическую активность, относятся:

1. Нейрональные системы лимбикоретикулярного комплекса
2. Ассоциативные волокна разных отделов коры
3. Межполушарные комиссуральные нейрональные системы
4. Все перечисленные
5. Верно 2 и 3.

119. Структурами мозга, угнета­ющими проявления эпилеп­тической активности при эпилепсии, являются;

1. Хвостатое ядро
2. Латеральное ядро гипоталамуса
3. Каудальное ретикулярное яд­ро моста
4. Мозжечок
5. Все перечисленные
6. Верно 2 и 3.

120. При­падок эпилепсии называют генерализованным, если он проявляется:

1. Клоническими судорогами во всех конечностях
2. Тоническими судорогами во всех конечностях
3. Генерализованными сенсорными эквивалентами
4. Нарушением сознания.

121. Проявлению эпилептичес­кой активности на ЭЭГ спо­собствуют:

1. Ритмическая фотостимуляция
2. Гипервентиляция
3. Депривация (лишение) сна
4. Сонная активация
5. Все перечисленное
6. Верно 1 и 2.

122. Дисбаланс нейромедиаторных систем головного мозга при эпилепсии включает снижение активности:

1. Катехоламинергических систем
2. Серотонинергических систем
3. ГАМКергических систем
4. Всего перечисленного
5. Верно 1 и 3.

123. Развитию эпилептического припадка способствует:

1. Ацидоз
2. Алкалоз
3. Гиперкапния
4. Ни один из этих факторов.

124. Во время приступа генера­лизованной эпилепсии из­менения со стороны зрачков характеризуются:

1. Анизокорией
2. Сужением
3. Расширением
4. Ничем из перечисленного.

125. Припадки эпилепсии чаще возникают ночью (эпилепсия сна) при локализации эпилептического очага:

1. В правой лобной доле
2. В левой лобной доле
3. В правой височной доле
4. В левой височной доле
5. Одинаково часто при любой локализации.

126. Сложные парциальные при­падки эпилепсии отличают­ся от простых:

1. Сочетанием моторной и сенсорной симптоматики
2. Сочетанием вегетативной и сенсорной симптоматики
3. Нарушением осознания происходящего
4. Всем перечисленным
5. Верно 1 и 2.

127. Абсолютным электроэнце­фалографическим призна­ком эпилепсии являются наличие пароксизмальных:

1. Ритмических феноменов в α- и β- диапазонах
2. Ритмических феноменов в δ- диапазоне
3. Ритмических феноменов в θ- диапазоне
4. Комплекса пик-волна.

128. Рефлекторными называют такие из эпилептических припадков которые прово­цируются:

1. Эмоциональным стрессом
2. Приемом алкоголя
3. Лихорадкой с повышением температуры
4. Первичными сенсорными им­пульсами.

129. Решающим диагностичес­ким признаком эпилептиче­ского абсанса является:

1. Возникновение множествен­ных миоклоний
2. Развитие фокальной или гене­рализованной атонии мышц
3. Кратковременная утрата со­знания
4. Симметричный тонический спазм мускулатуры конечностей.

130. Гиперплазия десен наблюдается при длительном лече­нии эпилепсии:

1. Этосукцимидом
2. Карбамазепином
3. Дифенином
4. Клоназепамом.

131. При менструальной эпилеп­сии, когда припадки возни­кают за неделю до наступле­ния и в дни месячных, на­значают:

1. Метилтестостерон
2. Тиреоидин
3. Прегнин
4. Все перечисленное.

132. Для повышения эффектности лечения эпилепсии сна целесообразно карбамазепин комбинировать с одним из следующих основных противоэпилептических средств:

1. Фенобарбитал
2. Дифенин
3. Этосуксимид
4. Триметадион (триметин).

**РАЗДЕЛ XIII.**

ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

1.В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты:

1. все ликвидаторы аварии

2. ликвидаторы и население, находившиеся в зоне радиоактивного загрязнения в первые 2 месяца после аварии

3. ликвидаторы 1987-1999 гг.

4. дети, родившиеся в зоне загрязнения после 1987 г.

2. В 1986 г. наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов:

1. дошкольников

2. школьников

3. подростков

4. взрослого населения

5. ликвидаторов аварии.

3. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место:

1. в центральной нервной системе

2. в сердечно-сосудистой системе

3. в системе органов кроветворения

4. в иммунной системе.

4. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является:

1. тошнота и рвота

2. лейкопения

3. эритема кожи

4. выпадения волос

5. жидкий стул.

5. Пороговая доза излучения для развития острой лучевой болезни составляет:

1. 0,5 Гр

2. 1 Гр

3. 2 Гр

4. 3 Гр

5. 4 Гр.

6. Наиболее ранним изменением клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания:

1. эритроцитов

2. лейкоцитов

3. нейтрофилов

4. лимфоцитов

5. тромбоцитов.

7. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет:

1. 1,5 Гр

2. 1 ГР

3. 0,5 Гр

4. 0,1 Гр

5. любая.

8. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет:

1. 0,25 Гр

2. 0,5 Гр

3. 1 Гр

4. 1,5 Гр

5. 2 Гр.

9. Единица активности:

1. рентген

2. грей

3. беккерель

4. рад

5. зиверт.

10. Назначение препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано:

1. лицам, проживающим на территориях с уровнем радиоактивного загрязнения по цезию более 40 Кu/км2

2. лицам, содержащим в организме активность большую, чем допустимая по Нормам радиационной безопасности:

3. детям, проживающим на загрязненных территориях

4. беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях.

11. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается:

1. у детей

2. у подростков

3. у взрослых

4. у пенсионеров

5. у беременных женщин.

12. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается:

1. йод

2. цезий

3. стронций

4. плутоний

5. радий.

13. «Малыми» принято называть дозы:

1. не вызывающие лучевую болезнь

2. не вызывающие хромосомные повреждения

3. не вызывающие поломки генов

4. не вызывающие специфические изменения в отдельном организме, а вызывающие статистически выявленные изменения в состоянии здоровья группы лиц

5. меньше, чем допустимые дозы.

14. После облучения мужских гонад наиболее характерны:

1.нарушение половой потенции

2. гипоспермия

3. водянка яичника

4. наследственные болезни у детей

5. снижение в крови тестостерона.

15. Единицы поглощения дозы излучения:

1. грей

2. зиверт

3. рентген

4. кюри

5. бэр.

16. Лимфопения, выявленная у больного в течении 1-х суток после облучения, обусловлена:

1. локальным внешним облучением конечности

2. поступлением радионуклидов внутрь

3. внешним облучением туловища в дозе менее 0,5 Гр

4. облучением в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности.

17. Мероприятие, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности:

1. проводить рентгенологическое исследование в первые 10 дней менструального цикла

2. проводить рентгенологическое исследование во второй половине менструального цикла

3. не использовать флюорографию у женщин детородного возраста

4. перед рентгенологическим исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу.

18. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае:

1. при поглощенной дозе на плод более 0,1 Гр

2. при поглощенной дозе на плод более 0,5 Гр

3. при поглощенной дозе на плод более 1 Гр

4. при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности.

19. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет:

1. несколько десятков

2. несколько сотен

3. несколько тысяч

4. несколько миллионов.

20. Опасность, которую может представлять больной после внешнего γ-облучения для медицинского персонала:

1. от тела больного исходит γ-излучение

2. больной выделяет с мочой радионуклиды

3. не представляет опасности.

21. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему от излучения, находящемуся в тяжелом состоянии:

1. дезактивация кожи

2. прием радиопротектора

3. реанимационные мероприятия

4. гемосорбция

5. купирование рвоты.

22. Степень тяжести лучевого поражения определяется:

1. содержанием радионуклидов в месте облучения

2. количеством «горячих» частиц в легких

3. количеством радионуклидов в организме

4. степенью угнетения кроветворения.

23. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови:

1. менее 3000 в 1 мкл

2. менее 1000 в 1 мкл

3. менее нормы

4. менее 500 в 1 мкл

5. менее 100 в 1 мкл.

24. Кровоточивость возникает при содержании тромбоцитов в крови:

1. менее 150 тыс. в 1 мкл

2. менее 100 тыс. в 1 мкл

3. менее 50 тыс. в 1 мкл

4. менее 40 тыс. в 1 мкл

5. менее 10 тыс. в 1 мкл.

25. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет:

1. до 10 случаев в год

2. 10 случаев в год

3. менее 100 случаев в год

4. менее1000 случаев в год

5. 20-30 случаев в год.

26. Шахтеры урановых рудников получают наибольшую дозу излучения:

1. на костный мозг

2. на печень

3. на легкие

4. на желудок

5. на щитовидную железу.

27. Предпочтительным донором костного мозга для лечения острой лучевой болезни являются:

1. родители больного

2. родные братья и сестры

3. дети больного

4. другие члены семьи

28. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают:

1. сердечно-сосудистые заболевания

2. онкологические заболевания

3. травмы и отравления.

29. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают:

1. сердечно-сосудистые заболевания

2. онкологические заболевания

3. травмы и отравления.

30. Злокачественные новообразования, наиболее вероятные у лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС:

1. рак желудка

2. рак легкого

3. лейкозы

4. рак щитовидной железы

5. рак молочной железы.

31. Причиной наибольшего риска (вероятности) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, служат:

1. сельскохозяйственные работы без использования средств индивидуальной защиты

2. употребление алкоголя

3. курение

4. употребление продуктов местного производства

5. пребывание в лесах в зоне радиационного контроля.

32. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано:

1. при дозах облучения менее 3 Гр

2. больным, у которых не было первичной реакции

3. больным с легкой степенью болезни

4. больным, получившим летальные дозы облучения.

33. Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающих в зоне аварии:

1. направление в санаторий, специализирующиеся на лечении лучевой патологии

2. направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниям

3. не направлять в санаторий в летний период

4. не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни.

34. Особенности клинического лечения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах:

1. никаких

2. большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию

3. переход острых форм в хронические

4. устойчивость к обычной терапии.

**РАЗДЕЛ XIV.**

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются все перечисленные.кроме:

1. недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи

2. развитие многоканальности финансирования

3. сохранение общественного сектора здравоохранения

4. увеличение кадрового потенциала

5. формирования правовой базы реформ отрасли.

2. Медицинская этика-это:

1. специфическое проявления общей этики в деятельности врача

2. наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников

3. наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

4. верно все перечисленное.

3. Медицинская деонтология-это:

1. самостоятельная наука о долге медицинских работников

2. прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики.

4. В формировании общественного здоровья определенную роль играют:

1. генетические факторы

2. природно-климатические факторы

3. уровень и образ жизни населения

4. уровень, качество и доступность медицинской помощи.

5. Не являются основными источниками информации о здоровье:

1. официальная информация о смертности населения

2. данные страховых компаний

3. эпидемиологическая информация

4. данные мониторинга окружающей среды и здоровья

5. регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.

6. Информация статистики здравоохранения включает в себя:

1. обеспеченность населения медицинскими кадрами

2. анализ деятельности ЛПУ

3. обеспеченность населения больничными койками

4. все перечисленное.

7. Информация статистики здоровья включает в себя следующие показатели:

1. работы стационара (работа койки в году, оборот койки, средние сроки пребывания больного на койке)

2. младенческой и общей смертности

3. общей заболеваемости

4. инвалидности.

8. Основными показателями естественного движения населения являются:

1. рождаемость, смертность

2. смертность, заболеваемость

3. инвалидность, смертность.

9. Уровень рождаемости (на 1000 населения) в нашей стране в настоящее время находится в пределах:

1. от 5 до 10

2. от 11 до 15

3. от 16 до 20.

10. Уровень общей смертности (на 1000 населения) в нашей стране в настоящее время находится в пределах:

1. от 5 до 10

2. от 11 до 15

3. от 16 до 20.

11. Показатель младенческой смертности в России в настоящее время находится в пределах:

1. до 15

2. 15-20

3. выше 20.

12. Вструктуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают:

1. инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания

2. болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления

3. новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания.

13. Основные методы изучения заболеваемости:

1. по причинам смерти, по обращаемости, по данным медицинских осмотров

2. по данным переписки населения, по данным физического развития

3. по обращаемости, по данным физического развития.

14. Сущность термина «болезненность»:

1. вновь выявленные заболевания в данном году

2. все заболевания, зарегистрированные в данном году

3. заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах

4. заболевания, выявленные при периодических осмотрах.

15. Международная классификация болезней-это:

1. перечень наименований болезней в определенном порядке

2. перечень диагнозов в определенном порядке

3. перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу

4. система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями

5. перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

16. Кто из перечисленных специалистов имеет право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:

1. врач станции скорой помощи

2. врач станции переливания крови

3. врач бальнеолечебницы

4. врач приемного покоя больницы

5. судебно-медицинский центр.

17. До какого срока лечащий врач может единолично продлить листок нетрудоспособности:

1. до 10 дней

2. до 30 дней

3. до 45 дней

4. до 60 дней.

18. Какой документ выдается о нетрудоспособности, возникшей вследствие алкогольного или токсического опьянения:

1. выдается справка на все дни

2. листок нетрудоспособности не выдается

3. выдается справка на 3 дня, затем листок нетрудоспособности

4. выдается листок нетрудоспособности с отметкой о факте опьянения в истории болезни и в листке нетрудоспособности.

19. Кто имеет право направлять граждан на медико-социальную экспертизу:

1. руководители ЛПУ и поликлиник

2. лечащий врач самостоятельно

3. лечащий врач с утверждения зав. отделения

4. лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ.

20. В каких случаях и кому медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей:

1. несовершеннолетним детям

2. при несчастных случаях, травмах, отравлениях

3. лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ

4. лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, представляющими опасность для окружающих.

21. Кто выдает разрешение на занятия частной медицинской практикой:

1. орган управления здравоохранением области

2. министерство здравоохранения РФ

3. профессиональная медицинская ассоциация

4. местная администрация по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями.

22. Что такое медицинское страхование:

1. оплата медицинских услуг через страховую организацию

2. форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья

3. оплата лечения и лекарств за счет накопленных средств

4. медицинское обслуживание населения за счет страховой организации.

23. Основой для формирования территориальной программы ОМС являются все перечисленное, кроме:

1. базовая программа ОМС

2. численность и состав населения территории

3. перечень медицинских учреждений, участвующих в ОМС

4. показатели объема медицинской помощи населению

5. объем финансовых средств

6. объем платных медицинских услуг.

24. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

1. в территориальной поликлинике

2. в любой поликлинике населенного пункта

3. в любой поликлинике Российской Федерации

4. в любой поликлинике субъекта Российской Федерации.

25. Лицензирование медицинского учреждения представляет собой:

1. определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам

2. выдачу государственного разрешения на осуществление определенных видов деятельности

3. процедуру предоставления медицинскому учреждению статуса юридического лица.

26. Какие медицинские учреждения подлежат лицензированию:

1. частные амбулаторно-поликлинические учреждения

2. научно- исследовательские институты

3. государственные больницы

4. все медицинские учреждения независимо от форм собственности.

27. Целью аккредитации является:

1. изменение организационно-правовой формы медицинского учреждения

2. защита интересов потребителей на основе установления соответствия деятельности медицинского учреждения существующим профессиональным стандартам

3. оценка эффективности деятельности медицинского учреждения

4. определение объемов медицинской помощи.

28. Какой документ выдается медицинскому учреждению после успешного прохождения аккредитации:

1. диплом

2. свидетельство

3. лицензия

4. сертификат.

29. Укажите наиболее точное определение. Качество медицинской помощи - это:

1. характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий профессиональным стандартам или технологиям, выбранным для достижения поставленной цели

2. полнота и своевременность выполнения мероприятий в соответствии с медико-экономическим стандартом

3. степень удовлетворения потребителя медицинской помощью.

30. Эффективность медицинской помощи – это:

1. улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий

2. степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно- диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов

3. степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи.

31. В понятие «децентрализация» управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме:

1. сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали

2. отсутствие нормативной базы в здравоохранении

3. децентрализация бюджетного финансирования

4. поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне

5. расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений.

32. Структура управления здравоохранением включает следующие уровни:

1. федеральный, территориальный, муниципальный

2. городской, межобластной

3. муниципальный.

33. Не относятся к виду управленческих решений:

1. приказы

2. распоряжения

3. план работы

4. методические рекомендации.

34. К формам собственности в Российской Федерации не относятся:

1. государственная

2. муниципальная

3. частная

4. вещные права на имущество лиц (физических и юридических).

35. Кому может быть установлено испытание при приеме на работу (при заключении трудового договора/контракта):

1. любому работнику, независимо от того, к какой категории персонала он относится

2. молодому специалисту по окончании высшего или среднего специального учебного заведения

3. лицу, не достигшему 18 лет

4. лицу при приеме на работу в другую местность и при переводе на роботу в другое учреждение.

36. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

1. систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей

2. прогул (в том числе отсутствие на работе более 3 ч в течении рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин

3. появление на работе в нетрезвом состоянии

4. совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности

5. однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями.

37. Когда не допускается увольнение работника по инициативе администрации:

1. в период пребывания работника в командировке, в период судебного разбирательства

2. в период пребывания работника в ежегодном отпуске (кроме случая ликвидации предприятия), в период временной нетрудоспособности

3. все перечисленное верно

5. нет правильного ответа.

38. Кто не допускается к работе в ночное время:

1. работники моложе 18 лет

2. беременные женщины и женщины, имеющие детей в возрасте до 3 лет

3. инвалиды только с их согласия и при условии, если такая работа не запрещена им медицинскими рекомендациями

4. все перечисленные контингенты.

39. Кому может устанавливаться неполный рабочий день (неполная рабочая неделя) с оплатой труда пропорционально отработанному времени:

1. любому работнику по его просьбе

2. беременной женщине, женщине, имеющей ребенка в возрасте до 14 лет (ребенка инвалида до 16 лет), в том числе находящегося на ее попечении

3. любому работнику, работающему по совместительству в другом месте

4. любому работнику, член семьи которого находится на стационарном лечении в

ЛПУ.

40. Отпуск до истечения 11 мес. с момента приема на работу предоставляется всем перечисленным, кроме:

1. женщинам перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него

2. работникам моложе 18 лет

3. военнослужащим, уволенным в запас и направленным на работу в порядке организованного набора, по истечении 3 мес. работы

4. работникам вредных производств

5. принятым на работу в порядке перевода из одного учреждения в другое, если в сумме набирается 11 мес..

41. Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям:

1. не несет ответственности

2. уголовную ответственность

3. гражданскую ответственность.

42. Кто несет ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи:

1. медицинский работник

2. медицинское учреждение

3. органы управления здравоохранением.

Раздел № 1 Анатомия и физиология нервной системы. Семиотика и топическая диагностика заболеваний нервной системы (всего 100 тестов)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 11 | 2 | 21 | 3 | 31 | 4 | 41 | 4 | 51 | 2 | 61 | 5 | 71 | 5 | 81 | 1 | 91 | 2 |
| 2 | 3 | 12 | 1 | 22 | 3 | 32 | 4 | 42 | 1 | 52 | 4 | 62 | 3 | 72 | 3 | 82 | 1 | 92 | 3 |
| 3 | 2 | 13 | 2 | 23 | 3 | 33 | 4 | 43 | 5 | 53 | 2 | 63 | 5 | 73 | 5 | 83 | 1 | 93 | 4 |
| 4 | 4 | 14 | 2 | 24 | 3 | 34 | 4 | 44 | 4 | 54 | 2 | 64 | 1 | 74 | 4 | 84 | 5 | 94 | 3 |
| 5 | 2 | 15 | 2 | 25 | 2 | 35 | 1 | 45 | 3 | 55 | 3 | 65 | 3 | 75 | 2 | 85 | 1 | 95 | 1 |
| 6 | 2 | 16 | 2 | 26 | 3 | 36 | 3 | 46 | 1 | 56 | 2 | 66 | 4 | 76 | 5 | 86 | 4 | 96 | 3 |
| 7 | 1 | 17 | 2 | 27 | 4 | 37 | 2 | 47 | 4 | 57 | 4 | 67 | 4 | 77 | 3 | 87 | 3 | 97 | 4 |
| 8 | 2 | 18 | 3 | 28 | 1 | 38 | 2 | 48 | 6 | 58 | 2 | 68 | 6 | 78 | 4 | 88 | 8 | 98 | 4 |
| 9 | 2 | 19 | 1 | 29 | 2 | 39 | 2 | 49 | 4 | 59 | 3 | 69 | 6 | 79 | 3 | 89 | 1 | 99 | 5 |
| 10 | 2 | 20 | 4 | 30 | 2 | 40 | 4 | 50 | 1 | 60 | 3 | 70 | 4 | 80 | 4 | 90 | 1 | 100 | 4 |

Раздел № 2 Методы исследования в неврологии (100 тестов)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 3 | 11 | 2 | 21 | 3 | 31 | 3 | 41 | 1 | 51 | 2 | 61 | 2 | 71 | 3 | 81 | 2 | 91 | 4 |
| 2 | 2 | 12 | 3 | 22 | 2 | 32 | 4 | 42 | 3 | 52 | 3 | 62 | 5 | 72 | 2 | 82 | 1 | 92 | 2 |
| 3 | 4 | 13 | 3 | 23 | 3 | 33 | 1 | 43 | 3 | 53 | 2 | 63 | 4 | 73 | 2 | 83 | 4 | 93 | 2 |
| 4 | 4 | 14 | 1 | 24 | 5 | 34 | 4 | 44 | 5 | 54 | 2 | 64 | 5 | 74 | 1 | 84 | 4 | 94 | 2 |
| 5 | 1 | 15 | 4 | 25 | 4 | 35 | 1 | 45 | 6 | 55 | 4 | 65 | 1 | 75 | 5 | 85 | 3 | 95 | 1 |
| 6 | 3 | 16 | 4 | 26 | 2 | 36 | 3 | 46 | 5 | 56 | 1 | 66 | 2 | 76 | 2 | 86 | 4 | 96 | 2 |
| 7 | 3 | 17 | 4 | 27 | 1 | 37 | 4 | 47 | 3 | 57 | 3 | 67 | 2 | 77 | 4 | 87 | 5 | 97 | 6 |
| 8 | 1 | 18 | 2 | 28 | 3 | 38 | 3 | 48 | 4 | 58 | 3 | 68 | 3 | 78 | 3 | 88 | 2 | 98 | 3 |
| 9 | 3 | 19 | 2 | 29 | 4 | 39 | 5 | 49 | 3 | 59 | 3 | 69 | 4 | 79 | 2 | 89 | 1 | 99 | 4 |
| 10 | 2 | 20 | 2 | 30 | 4 | 40 | 3 | 50 | 3 | 60 | 2 | 70 | 5 | 80 | 5 | 90 | 2 | 100 | 3 |

Раздел № 3 Принципы и методы лечения неврологических больных (110)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 1 | 11 | 4 | 21 | 5 | 31 | 4 | 41 | 3 | 51 | 5 | 61 | 5 | 71 | 2 | 81 | 4 | 91 | 3 | 101 | 1 |
| 2 | 3 | 12 | 4 | 22 | 4 | 32 | 3 | 42 | 2 | 52 | 2 | 62 | 5 | 72 | 3 | 82 | 4 | 92 | 3 | 102 | 3 |
| 3 | 4 | 13 | 5 | 23 | 5 | 33 | 1 | 43 | 2 | 53 | 6 | 63 | 2 | 73 | 5 | 83 | 5 | 93 | 6 | 103 | 2 |
| 4 | 4 | 14 | 2 | 24 | 6 | 34 | 6 | 44 | 4 | 54 | 4 | 64 | 1 | 74 | 4 | 84 | 5 | 94 | 6 | 104 | 2 |
| 5 | 5 | 15 | 3 | 25 | 1 | 35 | 3 | 45 | 2 | 55 | 4 | 65 | 3 | 75 | 4 | 85 | 4 | 95 | 2 | 105 | 2 |
| 6 | 1 | 16 | 2 | 26 | 4 | 36 | 5 | 46 | 3 | 56 | 6 | 66 | 6 | 76 | 4 | 86 | 4 | 96 | 4 | 106 | 6 |
| 7 | 4 | 17 | 3 | 27 | 3 | 37 | 1 | 47 | 4 | 57 | 3 | 67 | 6 | 77 | 3 | 87 | 5 | 97 | 6 | 107 | 2 |
| 8 | 5 | 18 | 4 | 28 | 5 | 38 | 1 | 48 | 5 | 58 | 5 | 68 | 3 | 78 | 4 | 88 | 1 | 98 | 1 | 108 | 5 |
| 9 | 4 | 19 | 5 | 29 | 2 | 39 | 2 | 49 | 3 | 59 | 5 | 69 | 4 | 79 | 2 | 89 | 1 | 99 | 1 | 109 | 2 |
| 10 | 5 | 20 | 4 | 30 | 4 | 40 | 3 | 50 | 3 | 60 | 1 | 70 | 2 | 80 | 1 | 90 | 3 | 100 | 2 | 110 | 2 |

Раздел № 4 Заболевания периферической нервной системы. Болезни мышц и нервно-мышечная передача (100)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 1 | 11 | 1 | 21 | 5 | 31 | 4 | 41 | 3 | 51 | 1 | 61 | 4 | 71 | 2 | 81 | 3 | 91 | 5 |
| 2 | 2 | 12 | 5 | 22 | 6 | 32 | 1 | 42 | 3 | 52 | 4 | 62 | 5 | 72 | 1 | 82 | 6 | 92 | 5 |
| 3 | 4 | 13 | 5 | 23 | 2 | 33 | 1 | 43 | 5 | 53 | 3 | 63 | 5 | 73 | 1 | 83 | 5 | 93 | 4 |
| 4 | 5 | 14 | 1 | 24 | 4 | 34 | 5 | 44 | 3 | 54 | 3 | 64 | 2 | 74 | 2 | 84 | 5 | 94 | 1 |
| 5 | 4 | 15 | 5 | 25 | 5 | 35 | 4 | 45 | 2 | 55 | 5 | 65 | 5 | 75 | 2 | 85 | 5 | 95 | 3 |
| 6 | 4 | 16 | 5 | 26 | 3 | 36 | 3 | 46 | 2 | 56 | 4 | 66 | 3 | 76 | 5 | 86 | 2 | 96 | 6 |
| 7 | 5 | 17 | 5 | 27 | 1 | 37 | 5 | 47 | 2 | 57 | 3 | 67 | 5 | 77 | 1 | 87 | 4 | 97 | 1 |
| 8 | 6 | 18 | 5 | 28 | 3 | 38 | 5 | 48 | 1 | 58 | 5 | 68 | 6 | 78 | 5 | 88 | 2 | 98 | 5 |
| 9 | 4 | 19 | 4 | 29 | 4 | 39 | 3 | 49 | 5 | 59 | 4 | 69 | 5 | 79 | 6 | 89 | 3 | 99 | 6 |
| 10 | 2 | 20 | 5 | 30 | 1 | 40 | 3 | 50 | 2 | 60 | 5 | 70 | 6 | 80 | 1 | 90 | 4 | 100 | 1 |

Раздел № 5Инфекционные заболевания нервной системы (78)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 11 | 3 | 21 | 3 | 31 | 3 | 41 | 5 | 51 | 5 | 61 | 3 | 71 | 5 |  |  |  |  |
| 2 | 2 | 12 | 3 | 22 | 5 | 32 | 5 | 42 | 4 | 52 | 5 | 62 | 6 | 72 | 4 |  |  |  |  |
| 3 | 4 | 13 | 4 | 23 | 4 | 33 | 5 | 43 | 5 | 53 | 5 | 63 | 4 | 73 | 4 |  |  |  |  |
| 4 | 2 | 14 | 3 | 24 | 3 | 34 | 2 | 44 | 1 | 54 | 1 | 64 | 4 | 74 | 3 |  |  |  |  |
| 5 | 4 | 15 | 2 | 25 | 5 | 35 | 4 | 45 | 1 | 55 | 1 | 65 | 4 | 75 | 3 |  |  |  |  |
| 6 | 2 | 16 | 4 | 26 | 4 | 36 | 6 | 46 | 5 | 56 | 6 | 66 | 4 | 76 | 4 |  |  |  |  |
| 7 | 5 | 17 | 4 | 27 | 4 | 37 | 5 | 47 | 1 | 57 | 4 | 67 | 4 | 77 | 5 |  |  |  |  |
| 8 | 1 | 18 | 5 | 28 | 4 | 38 | 4 | 48 | 5 | 58 | 5 | 68 | 5 | 78 | 4 |  |  |  |  |
| 9 | 3 | 19 | 5 | 29 | 4 | 39 | 1 | 49 | 4 | 59 | 3 | 69 | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 3 | 20 | 2 | 30 | 2 | 40 | 2 | 50 | 5 | 60 | 3 | 70 | 5 |  |  |  |  |  |  |

Раздел № 6 Сосудистые заболевания нервной системы (105)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 3 | 11 | 4 | 21 | 4 | 31 | 5 | 41 | 5 | 51 | 2 | 61 | 6 | 71 | 4 | 81 | 2 | 91 | 5 |
| 2 | 4 | 12 | 3 | 22 | 2 | 32 | 6 | 42 | 4 | 52 | 5 | 62 | 1 | 72 | 4 | 82 | 2 | 92 | 4 |
| 3 | 5 | 13 | 2 | 23 | 1 | 33 | 4 | 43 | 4 | 53 | 3 | 63 | 4 | 73 | 5 | 83 | 3 | 93 | 4 |
| 4 | 1 | 14 | 4 | 24 | 3 | 34 | 5 | 44 | 5 | 54 | 5 | 64 | 5 | 74 | 5 | 84 | 4 | 94 | 3 |
| 5 | 1 | 15 | 2 | 25 | 5 | 35 | 2 | 45 | 5 | 55 | 4 | 65 | 2 | 75 | 5 | 85 | 1 | 95 | 3 |
| 6 | 5 | 16 | 5 | 26 | 5 | 36 | 3 | 46 | 4 | 56 | 1 | 66 | 1 | 76 | 5 | 86 | 5 | 96 | 5 |
| 7 | 5 | 17 | 2 | 27 | 2 | 37 | 6 | 47 | 5 | 57 | 4 | 67 | 3 | 77 | 5 | 87 | 3 | 97 | 4 |
| 8 | 4 | 18 | 1 | 28 | 6 | 38 | 5 | 48 | 3 | 58 | 4 | 68 | 6 | 78 | 4 | 88 | 1 | 98 | 4 |
| 9 | 4 | 19 | 5 | 29 | 3 | 39 | 6 | 49 | 5 | 59 | 2 | 69 | 2 | 79 | 4 | 89 | 3 | 99 | 1 |
| 10 | 3 | 20 | 4 | 30 | 4 | 40 | 4 | 50 | 4 | 60 | 5 | 70 | 3 | 80 | 4 | 90 | 5 | 100 | 2 |

Раздел № 7 Вегетативные и нейроэндокринные расстройства (80)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 1 | 11 | 4 | 21 | 5 | 31 | 3 | 41 | 6 | 51 | 3 | 61 | 3 | 71 | 4 |  |  |  |  |
| 2 | 3 | 12 | 5 | 22 | 4 | 32 | 5 | 42 | 1 | 52 | 5 | 62 | 4 | 72 | 1 |  |  |  |  |
| 3 | 6 | 13 | 1 | 23 | 2 | 33 | 5 | 43 | 2 | 53 | 3 | 63 | 1 | 73 | 2 |  |  |  |  |
| 4 | 6 | 14 | 5 | 24 | 5 | 34 | 6 | 44 | 4 | 54 | 2 | 64 | 5 | 74 | 4 |  |  |  |  |
| 5 | 5 | 15 | 5 | 25 | 6 | 35 | 1 | 45 | 4 | 55 | 3 | 65 | 2 | 75 | 4 |  |  |  |  |
| 6 | 6 | 16 | 4 | 26 | 2 | 36 | 6 | 46 | 6 | 56 | 6 | 66 | 3 | 76 | 4 |  |  |  |  |
| 7 | 1 | 17 | 4 | 27 | 2 | 37 | 2 | 47 | 4 | 57 | 3 | 67 | 2 | 77 | 1 |  |  |  |  |
| 8 | 3 | 18 | 4 | 28 | 1 | 38 | 2 | 48 | 4 | 58 | 3 | 68 | 6 | 78 | 4 |  |  |  |  |
| 9 | 5 | 19 | 5 | 29 | 6 | 39 | 6 | 49 | 6 | 59 | 5 | 69 | 6 | 79 | 3 |  |  |  |  |
| 10 | 3 | 20 | 3 | 30 | 6 | 40 | 4 | 50 | 3 | 60 | 4 | 70 | 2 | 80 | 4 |  |  |  |  |

Раздел № 8 Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы (70)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 5 | 11 | 2 | 21 | 4 | 31 | 1 | 41 | 5 | 51 | 5 | 61 | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 3 | 12 | 5 | 22 | 6 | 32 | 1 | 42 | 4 | 52 | 3 | 62 | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 3 | 13 | 4 | 23 | 1 | 33 | 1 | 43 | 2 | 53 | 6 | 63 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 5 | 14 | 5 | 24 | 1 | 34 | 3 | 44 | 2 | 54 | 2 | 64 | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 2 | 15 | 5 | 25 | 2 | 35 | 6 | 45 | 3 | 55 | 4 | 65 | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 3 | 16 | 4 | 26 | 4 | 36 | 6 | 46 | 6 | 56 | 2 | 66 | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 3 | 17 | 4 | 27 | 1 | 37 | 2 | 47 | 3 | 57 | 3 | 67 | 1 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 4 | 18 | 6 | 28 | 4 | 38 | 4 | 48 | 5 | 58 | 5 | 68 | 3 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 3 | 19 | 1 | 29 | 1 | 39 | 6 | 49 | 6 | 59 | 5 | 69 | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 3 | 20 | 3 | 30 | 5 | 40 | 1 | 50 | 4 | 60 | 1 | 70 | 2 |  |  |  |  |  |  |

Раздел № 9 Травмы нервной системы (73)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 3 | 11 | 2 | 21 | 4 | 31 | 2 | 41 | 5 | 51 | 3 | 61 | 5 | 71 | 5 |  |  |  |  |
| 2 | 1 | 12 | 5 | 22 | 5 | 32 | 4 | 42 | 4 | 52 | 2 | 62 | 5 | 72 | 1 |  |  |  |  |
| 3 | 2 | 13 | 1 | 23 | 3 | 33 | 4 | 43 | 5 | 53 | 4 | 63 | 3 | 73 | 5 |  |  |  |  |
| 4 | 2 | 14 | 5 | 24 | 4 | 34 | 4 | 44 | 5 | 54 | 5 | 64 | 2 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 1 | 15 | 5 | 25 | 4 | 35 | 3 | 45 | 5 | 55 | 6 | 65 | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 5 | 16 | 4 | 26 | 1 | 36 | 2 | 46 | 3 | 56 | 5 | 66 | 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 4 | 17 | 3 | 27 | 5 | 37 | 5 | 47 | 3 | 57 | 6 | 67 | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 5 | 18 | 5 | 28 | 1 | 38 | 6 | 48 | 4 | 58 | 2 | 68 | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 4 | 19 | 2 | 29 | 4 | 39 | 3 | 49 | 3 | 59 | 1 | 69 | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 2 | 20 | 3 | 30 | 5 | 40 | 3 | 50 | 4 | 60 | 1 | 70 | 3 |  |  |  |  |  |  |

Раздел № 10 Опухоли нервной системы (57)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 5 | 11 | 4 | 21 | 3 | 31 | 3 | 41 | 3 | 51 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 3 | 12 | 2 | 22 | 1 | 32 | 3 | 42 | 2 | 52 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 1 | 13 | 3 | 23 | 3 | 33 | 3 | 43 | 1 | 53 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 2 | 14 | 3 | 24 | 4 | 34 | 1 | 44 | 3 | 54 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 4 | 15 | 2 | 25 | 4 | 35 | 2 | 45 | 4 | 55 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 2 | 16 | 1 | 26 | 5 | 36 | 2 | 46 | 3 | 56 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 5 | 17 | 2 | 27 | 2 | 37 | 4 | 47 | 3 | 57 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 1 | 18 | 2 | 28 | 3 | 38 | 3 | 48 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 1 | 19 | 3 | 29 | 4 | 39 | 2 | 49 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 3 | 20 | 1 | 30 | 1 | 40 | 1 | 50 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Раздел № 11 Неотложные состояния в неврологии (110)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 4 | 11 | 2 | 21 | 1 | 31 | 4 | 41 | 3 | 51 | 3 | 61 | 1 | 71 | 3 | 81 | 4 | 91 | 3 | 101 | 5 |
| 2 | 4 | 12 | 4 | 22 | 3 | 32 | 4 | 42 | 3 | 52 | 4 | 62 | 5 | 72 | 3 | 82 | 1 | 92 | 5 | 102 | 5 |
| 3 | 3 | 13 | 4 | 23 | 6 | 33 | 2 | 43 | 4 | 53 | 5 | 63 | 3 | 73 | 5 | 83 | 3 | 93 | 5 | 103 | 3 |
| 4 | 2 | 14 | 1 | 24 | 3 | 34 | 2 | 44 | 4 | 54 | 5 | 64 | 2 | 74 | 3 | 84 | 5 | 94 | 5 | 104 | 1 |
| 5 | 4 | 15 | 3 | 25 | 4 | 35 | 5 | 45 | 4 | 55 | 2 | 65 | 3 | 75 | 5 | 85 | 3 | 95 | 2 | 105 | 3 |
| 6 | 5 | 16 | 3 | 26 | 2 | 36 | 5 | 46 | 2 | 56 | 2 | 66 | 4 | 76 | 2 | 86 | 6 | 96 | 4 | 106 | 1 |
| 7 | 4 | 17 | 1 | 27 | 2 | 37 | 5 | 47 | 4 | 57 | 4 | 67 | 5 | 77 | 4 | 87 | 1 | 97 | 3 | 107 | 4 |
| 8 | 4 | 18 | 1 | 28 | 5 | 38 | 1 | 48 | 1 | 58 | 4 | 68 | 1 | 78 | 4 | 88 | 5 | 98 | 4 | 108 | 4 |
| 9 | 4 | 19 | 5 | 29 | 5 | 39 | 4 | 49 | 4 | 59 | 3 | 69 | 4 | 79 | 2 | 89 | 3 | 99 | 3 | 109 | 9 |
| 10 | 4 | 20 | 2 | 30 | 4 | 40 | 4 | 50 | 4 | 60 | 5 | 70 | 5 | 80 | 1 | 90 | 1 | 100 | 5 | 110 | 5 |

Раздел № 12 Психоневрология, соматоневрология (1-100)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 4 | 11 | 6 | 21 | 4 | 31 | 6 | 41 | 5 | 51 | 6 | 61 | 4 | 71 | 6 | 81 | 6 | 91 | 3 |
| 2 | 3 | 12 | 1 | 22 | 4 | 32 | 5 | 42 | 6 | 52 | 6 | 62 | 5 | 72 | 1 | 82 | 4 | 92 | 2 |
| 3 | 1 | 13 | 5 | 23 | 2 | 33 | 2 | 43 | 4 | 53 | 2 | 63 | 6 | 73 | 2 | 83 | 2 | 93 | 1 |
| 4 | 5 | 14 | 6 | 24 | 6 | 34 | 1 | 44 | 6 | 54 | 4 | 64 | 4 | 74 | 3 | 84 | 4 | 94 | 2 |
| 5 | 3 | 15 | 5 | 25 | 5 | 35 | 2 | 45 | 5 | 55 | 2 | 65 | 6 | 75 | 6 | 85 | 2 | 95 | 6 |
| 6 | 6 | 16 | 5 | 26 | 6 | 36 | 2 | 46 | 5 | 56 | 5 | 66 | 6 | 76 | 5 | 86 | 6 | 96 | 6 |
| 7 | 5 | 17 | 2 | 27 | 6 | 37 | 5 | 47 | 5 | 57 | 2 | 67 | 2 | 77 | 3 | 87 | 2 | 97 | 1 |
| 8 | 5 | 18 | 5 | 28 | 6 | 38 | 3 | 48 | 2 | 58 | 1 | 68 | 4 | 78 | 1 | 88 | 4 | 98 | 1 |
| 9 | 5 | 19 | 4 | 29 | 5 | 39 | 5 | 49 | 5 | 59 | 6 | 69 | 1 | 79 | 2 | 89 | 2 | 99 | 5 |
| 10 | 1 | 20 | 6 | 30 | 5 | 40 | 2 | 50 | 1 | 60 | 5 | 70 | 2 | 80 | 1 | 90 | 4 | 100 | 2 |

Раздел № 12 Психоневрология, соматоневрология (101-132)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 101 | 2 | 105 | 3 | 109 | 3 | 113 | 5 | 117 | 4 | 121 | 5 | 125 | 3 | 129 | 3 |  |  |  |  |  |
| 102 | 5 | 106 | 2 | 110 | 2 | 114 | 4 | 118 | 4 | 122 | 4 | 126 | 3 | 130 | 3 |  |  |  |  |  |
| 103 | 4 | 107 | 3 | 111 | 3 | 115 | 4 | 119 | 5 | 123 | 2 | 127 | 4 | 131 | 3 |  |  |  |  |  |
| 104 | 1 | 108 | 5 | 112 | 5 | 116 | 1 | 120 | 4 | 124 | 3 | 128 | 4 | 132 | 2 |  |  |  |  |  |

Раздел № 13 Основы радиационной медицины (34)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 11 | 2 | 21 | 3 | 31 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 1 | 12 | 2 | 22 | 4 | 32 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 3 | 13 | 4 | 23 | 4 | 33 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 1 | 14 | 2 | 24 | 4 | 34 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 2 | 15 | 1 | 25 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 4 | 16 | 4 | 26 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 1 | 17 | 1 | 27 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 4 | 18 | 2 | 28 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 3 | 19 | 2 | 29 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 2 | 20 | 3 | 30 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Раздел № 14 Общие вопросы здравоохранения (42)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 4 | 11 | 2 | 21 | 4 | 31 | 2 | 41 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 4 | 12 | 2 | 22 | 2 | 32 | 1 | 42 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 2 | 13 | 1 | 23 | 6 | 33 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 3 | 14 | 2 | 24 | 3 | 34 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 2 | 15 | 4 | 25 | 2 | 35 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 4 | 16 | 4 | 26 | 4 | 36 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 1 | 17 | 2 | 27 | 2 | 37 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 1 | 18 | 4 | 28 | 4 | 38 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 1 | 19 | 4 | 29 | 1 | 39 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 2 | 20 | 4 | 30 | 2 | 40 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |